



 **interface**
comunicação, saúde e educação

2017: 21(Supl 1) ISSN 1807-5762

UNESP

Interface - Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, trimestral, editada pela Unesp (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu), dirigida para a Educação e a Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas. Dá-se ênfase à pesquisa qualitativa.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação is an interdisciplinary, quarterly publication of Unesp - São Paulo State University (Laboratory of Education and Communication in Health, Department of Public Health, Botucatu Medical School), focused on Education and Communication in the healthcare practices, Health Professional Education (Higher Education and Inservice Education) and the interface of Public Health with Philosophy, Arts and Human and Social Sciences. Qualitative research is emphasized.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação es una publicación interdisciplinar, trimestral, de Unesp – Universidad Estadual Paulista (Laboratorio de Educación y Comunicación en Salud, Departamento de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Medicas), destinada a la Educación y la Comunicación en las practicas de salud, la formación de los profesionales de salud (universitaria y continuada) y a la Salud Colectiva en su articulación con la la Filosofia, las Artes y las Ciencias Humanas y Sociales. Enfatiza la investigación cualitativa.

EDITOR-CHEFE/CHIEF EDITOR/EDITOR JEFE
Antonio Python Cyrino, Unesp

EDITORES/EDITORS/EDITORES
Denise Martin, Unifesp
Lilia Blima Schraiber, USP

EDITORA SENIOR/SENIOR EDITOR/EDITORA SENIOR
Miriam Celí Pimentel Porto Foresti, Unesp

EDITORES JUNIOR/JUNIOR EDITORS/EDITORES JUNIOR
Francini Lube Guizardi, Fiocruz
Tiago Rocha Pinto, UFRN

EDITORES ASSISTENTES/ASSISTANT EDITORS/EDITORES ASISTENTES
Ana Flavia Pires Lucas D'Oliveira, USP
Claudio Bertolli Filho, Unesp
Roseli Esquerdo Lopes, Ufscar
Vera Lúcia Garcia, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

EDITORES ASSOCIADOS/ASSOCIATE EDITORS/EDITORES ASOCIADOS
Alejandro Goldberg, UBA, Argentina
Ana Domínguez Mon, UBA, Argentina
Aylene Emilia Moraes Bousquat, USP
Cássio Silveira, FCM, Santa Casa
Charles Dalcanale Tesser, UFSC
Chiara Pussetti, Universidade de Lisboa, Portugal
Dagmar Elisabeth Estermann Meyer, UFRGS
Eliana Goldfarb Cyrino, Unesp
Elisabeth Meloni Vieira, USP
Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima, USP
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, USP
Janine Miranda Cardoso, FioCruz
Joana Raquel Santos de Almeida, Universidade de Londres, Inglaterra
Lígia Amparo da Silva Santos, UFBA
Luciano Bezerra Gomes, UFPB
Marcelo Viana da Costa, UERN
Maria Dionísia do Amaral Dias, Unesp
Mônica Petracci, UBA, Argentina
Patrícia Natalia Schwartz, UnB
Rosamaria Giatti Carneiro, UnB
Rosana Teresa Onocko Campos - Unicamp
Sérgio Resende Carvalho, Unicamp
Simone Mainieri Paulon, UFRGS
Victoria Maria Brant Ribeiro, UFRJ

EDITOR DE DEBATES/DEBATES EDITOR/EDITOR DE DEBATES
Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti, Fiocruz

EDITORA DE RESENHAS/ REVIEWS EDITOR /EDITORA DE RESENHAS
Francini Lube Guizardi, Fiocruz

EDITOR DE ENTREVISTAS/INTERVIEWS EDITOR/EDITOR DE ENTREVISTAS
Pedro Paulo Gomes Pereira, Unifesp

EDITORA DE CRIAÇÃO/CREATION EDITOR/EDITORA DE CREAÇÃO
Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima, USP

Equipe de Criação/Creation staff/Equipo de Creación
Eduardo Augusto Alves Almeida, USP
Eliane Dias de Castro, USP
Gisele Dozono Asanuma, USP
Juliana Araújo Silva, Unesp
Renata Monteiro Buelau, USP

Suplemento Provimento Médico no SUS

EDITORES/EDITORS/EDITORES
Antonio Python Cyrino, Unesp
Miriam Celí Pimentel Porto Foresti, Unesp
Francini Lube Guizardi, Fiocruz
Tiago Rocha Pinto, UFRN

EDITORES CONVIDADOS/INVITED EDITORS/EDITORES CONVIDADOS
Alcindo Antônio Ferla, UFRGS
Anyá Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, Fiocruz
Carlos Eduardo Aguilera Campos, UFRJ
Gustavo Tenório Cunha, Unicamp
Jorge Otávio Maia Barreto, Fiocruz
Kathleen Tereza da Cruz, UFRJ
Luciano Bezerra Gomes, UFPB
Marcelo Viana da Costa, UERN

EDITORA EXECUTIVA/EXECUTIVE EDITOR/EDITORA EJECUTIVA
Mônica Leopardi Bosco de Azevedo, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

PROJETO GRÁFICO/GRAPHIC DESIGN/PROYECTO GRÁFICO
Projeto gráfico-textual/Graphic textual project/Proyecto gráfico-textual
Adriana Ribeiro, Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Editoração Eletrônica/Journal design and layout/Editoración electrónica
Adriana Ribeiro

PRODUÇÃO EDITORIAL/EDITORIAL PRODUCTION/ PRODUCCIÓN EDITORIAL
Assistente administrativo/Administrative assistant/Asistente administrativo
Juliana Freitas Oliveira
Rodrigo A. Chiarelli Gonçalves
Assistente editorial/Editorial assistant/Asistente editorial
Juliana Freitas Oliveira
Normalização/Normalization/Normalización
Enilze de Souza Nogueira Volpato
Luciene Pizzani
Rosemary Cristina da Silva
Revisão de textos/Text revision/Revisión de textos
Angela Castello Branco (Português/Portuguese/Potuguês)
Liane Christine L. P. Pilon (Português/Portuguese/Potuguês)
Félix Héctor Rigoli (Inglês/English/Inglés)
Maria Jesus Carbajal Rodríguez (Espanhol/Spanish/Español)
Prioridade Traduções
Web design
Ester Campos Mello de Andrade
Manutenção do website/Website support/Manutención del sitio
Nieli de Lima

Capa/Cover/Portada: imagem de Araquem Alcântara, Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fiocruz

**CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO/SCIENTIFIC
EDITORIAL BOARD/CONSEJO EDITORIAL CIENTÍFICO**

Adriana Kelly Santos, UFV
Afonso Miguel Cavaco, Universidade de Lisboa, Portugal
Alain Ehrenberg, Université Paris Descartes, France
Alcindo Ferla, UFRGS
Alejandra López Gómez, Universidad de la Republica
Uruguaya, Uruguai
Aluísio Gomes da Silva Junior, UFF
André Martins Vilar de Carvalho, UFRJ
Andrea Caprara, UECE
Angelica Maria Bicudo, Unicamp
António Nóvoa, Universidade de Lisboa, Portugal
Carlos Eduardo Aguilera Campos, UFRJ
Carmen Fontes de Souza Teixeira, UFBA
Carolina Martinez-Salgado, Universidad Autónoma
Metropolitana, México
César Ernesto Abadia-Barrero, University of Connecticut, USA
Charles Briggs, UCSD, USA
Diego Gracia, Universidad Complutense de Madrid, Espanha
Eduardo L. Menéndez, CIESAS, México
Fernando Altair Pocahy, UERJ
Fernando Peñaranda Correa, UFPr
Flavia Helena Miranda de Araújo Freire, UnP
Francisco Javier Uribe Rivera, Fiocruz
George Dantas de Azevedo, UFRN
Graça Carapinheiro, ISCTE, Portugal
Guilherme Souza Cavalcanti, UFPr
Gustavo Nunes de Oliveira, UnB
Helena Maria Scherlowski Leal David, UERJ
Hugo Mercer, Universidad de Buenos Aires, Argentina
Ildeberto Muniz de Almeida, Unesp
Inesita Soares de Araújo, Fiocruz
Isabel Fernandes, Universidade de Lisboa, Portugal
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, UFCE
Jairnilson da Silva Paim, UFBA
Jesús Arroyave, Universidad del Norte, Colômbia
John Le Carreño, Universidad Adventista, Chile
José Ivo dos Santos Pedrosa, UFPI
José Miguel Rasia, UFPr
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, USP
José Roque Junges, Unisinos
Karla Patrícia Cardoso Amorim, UFRN
Laura Macruz Feuerwerker, USP
Leandro Barbosa de Pinho, UFRGS
Leonor Graciela Natansohn, UFBA
Lia Geraldo da Silva Batista, UFPE
Luciana Kind do Nascimento, PUCMG
Luis Behares, Universidad de la Republica Uruguaya, Uruguai
Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Unifesp

Lydia Feito Grande, Universidad Complutense de Madrid, Espanha
Magda Dimenstein, UFRN
Marcelo Dalla Vecchia, UF São João Del Rei
Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos, UFBA
Márcia Thereza Couto Falcão, USP
Marco Akerman, USP
Marcos Antonio Pellegrini, Universidade Federal de Roraima
Margareth Aparecida Santini de Almeida, Unesp
Margarida Maria da Silva Vieira, Universidade Católica
Portuguesa, Portugal
Maria Antônia Ramos Azevedo, Unesp
Maria Cecília de Souza Minayo, ENSP/Fiocruz
Maria Cristina Davini, OPAS, Argentina
Maria del Consuelo Chapela Mendoza, Universidad
Autónoma Metropolitana, México
Maria Elizabeth Barros de Barros, UFES
Maria Inês Baptistella Nemes, USP
Maria Isabel da Cunha, Unisinos
Maria Ligia Rangel Santos, UFBA
Maricela Perera Pérez, Universidad de la Habana, Cuba
Marilene de Castilho Sá, ENSP, Fiocruz
Maximiliano Loiola Ponte de Souza, Fiocruz
Miguel Montagner, UnB
Mônica Lourdes Franch Gutiérrez, UFPA
Neusi Aparecida Navas Berbel, UEL
Nildo Alves Batista, Unifesp
Paulo Henrique Martins, UFPE
Paulo Roberto Gibaldi Vaz, UFRJ
Raquel Rigoto, UFCE
Reni Aparecida Barsaglini, UFMT
Ricardo Burg Ceccim, UFRGS
Ricardo Rodrigues Teixeira, USP
Ricardo Sparapan Pena, UFF
Richard Guy Parker, Columbia University, USA
Robert M. Anderson, University of Michigan, USA
Roberta Bivar Carneiro Campos, UFPE
Roberto Castro Pérez, Universidad Nacional Autónoma de
México, México
Roberto Passos Nogueira, IPEA
Roger Ruiz-Moral, Universidad Francisco de Vitoria, Espanha
Roseni Pinheiro, UERJ
Russel Parry Scott, UFPE
Sandra Noemí Cucurullo de Caponi, UFSC
Sergio Tavares de Almeida Rego, Fiocruz
Soraya Fleischer, UnB
Stela Nazareth Meneghel, UFRGS
Sylvia Helena Souza da Silva Batista, Unifesp
Túlio Batista Franco, UFF



APOIO/SPONSOR/APOYO

Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp
Fundação para o Vestibular da Unesp - Vunesp
Ministério da Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial
da Saúde - OPAS/OMS

INDEXADA EM/INDEXED/ABSTRACT IN/INDEXADA EN

- . Bibliografia Brasileira de Educação
<<http://www.inep.gov.br>>
- . CLASE - Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales
y Humanidades
<<http://www.dgbiblio.unam.mx>>
- . CCN - Catálogo Coletivo Nacional/IBICT
<<http://ccn.ibict.br>>
- . DOAJ - Directory of Open Access Journal
<<http://www.doaj.org>>
- . EBSCO Publishing's Electronic Databases
<<http://www.ebscohost.com>>
- . EMCare - <<http://www.info.embase.com/emcare>>
- . Google Academic - <<http://scholar.google.com.br>>
- . Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación
Educativa (Iresie)
<http://www.iisue.unam.mx/iresie/revistas_analizadas.php>
- . LATINDEX - Sistema Regional de Información en Línea para
Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y
Portugal - <<http://www.latindex.unam.mx>>
- . LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências
da Saúde - <<http://www.bireme.org>>
- . Linguistics and Language Behavior Abstracts - LLBA
<<http://www.csa.com.br>>
- . Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe,
España y Portugal - <<http://redalyc.uaemex.mx/>>
- . SciELO Brasil/SciELO Social Sciences
<<http://www.scielo.br/icse>>
<<http://socialsciences.scielo.org/icse>>
- . SciELO Citation Index (Thomson Reuters)
<<http://thomsonreuters.com/scielo-citationindex/>>
- . SciELO Saúde Pública
<www.scielosp.org.br>
- . Social Planning/Policy & Development Abstracts
<<http://www.cabi.org>>
- . Scopus - <<http://info.scopus.com>>
- . SocINDEX - <[http://www.ebscohost.com/
biomedical-libraries/socindex](http://www.ebscohost.com/biomedical-libraries/socindex)>
- . CSA Sociological Abstracts - <<http://www.csa.com>>
- . CSA Social Services Abstracts - <<http://www.csa.com>>

TEXTO COMPLETO EM

- . <<http://www.scielo.br/icse>>
- . <<http://www.interface.org.br>>

SECRETARIA/OFFICE/SECRETARÍA
Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Distrito de Rubião Junior, s/nº - Campus da Unesp
Caixa Postal 592
Botucatu - SP - Brasil 18.618-000
Fone/fax: (5514) 3880.1927
intface@fmb.unesp.br www.interface.org.br

Criação de Felipe Alves sobre imagem de Araújo Alcântara. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação



Interface - comunicação, saúde, educação/
UNESP, 2017; 21(63)
Botucatu, SP: UNESP

Trimestral
ISSN 1807-5762

1. Comunicação e Educação 2. Educação em Saúde
3. Comunicação e Saúde 4. Ciências da Educação
5. Ciências Sociais e Saúde 6. Filosofia e Saúde
| UNESP

Filiada à



Associação Brasileira de
Editores Científicos

editorial

- 1083 Mónica Padilla

artigos

- 1087 Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015
Hêider Aurélio Pinto; Felipe Proença de Oliveira; José Santos Souza Santana; Felipe de Oliveira de Souza Santos; Sidlei Queiroga de Araujo; Alexandre Medeiros de Figueiredo
- 1103 Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos
Luciano Bezerra Gomes; Emerson Elias Merhy
- 1115 Uso público da razão e argumentação: análise dos debates sobre o Programa Mais Médicos
Juliano de Carvalho Lima
- 1129 Ideias, imagens e crenças na produção de políticas públicas: o caso do Programa Mais Médicos
Alcindo Antônio Ferla; Hêider Aurélio Pinto; Lisiane Bôer Possa; Renata Flores Trepte; Ricardo Burg Ceccim
- 1143 Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas
Maria Martins Alessio; Maria Fátima de Sousa
- 1157 O Projeto Mais Médicos para o Brasil e a construção de mitos: uma leitura bartheana
Giovanni Gurgel Aciole
- 1169 Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião
Maria Angélica Breda Fontão; Everton Luís Pereira
- 1181 O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil
Lucélia Luiz Pereira; Leonor Pacheco
- 1193 A abordagem equitativa de gênero como uma estratégia de gestão para fixação de médicos em áreas vulneráveis
Maria Regina Martinez
- 1205 Qualificação e provimento de médicos no contexto da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde (SUS)
Débora Gusmão Melo; Carla Maria Ramos Germano; Carlos Guilherme Gaelzer Porciúncula; Isaías Soares de Paiva; João Ivanildo da Costa Ferreira Neri
- 1217 Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Programa Mais Médicos em 2016
Cássia de Andrade Araújo; Fernando Canto Michelotti; Tuanny Karen Souza Ramos
- 1229 O cuidado nutricional por estrangeiros no Projeto Mais Médicos para o Brasil
Amanda Massi Soares; Juarez Pereira Furtado
- 1241 Programa Mais Médicos: análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais
Rebeca Amorim de Jesus; Maria Guadalupe Medina; Níliá Maria de Brito Lima Prado
- 1257 O Projeto Mais Médicos para o Brasil - desafios e contribuições à Atenção Básica na visão dos médicos cooperados
Hilton P. Silva; Roseane Bittencourt Tavares; Yamila Comes; Lucélia Luiz Pereira; Helena Eri Shimizu; Edgar Merchan-Hamann; Ximena Pamela Bermúdez

- 1269 Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos
Carlos André Moura Arruda; Vanira Matos Pessoa; Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto; Fernando Ferreira Carneiro; Yamila Comes; Josélia de Souza Trindade; Diego Dewes da Silva; Leonor Maria Pacheco Santos
- 1281 Percepções de usuários sobre o impacto social do projeto de cooperação do Programa Mais Médicos: um estudo de caso
Rafael Gustavo de Liz; Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima
- 1291 Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise da Supervisão Acadêmica
Erika Rodrigues de Almeida; Adriano Ferreira Martins; Harineide Madeira Macedo; Rodrigo Chávez Penha
- 1301 A expansão de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos
Moysés Martins Tosta Storti; Felipe Proença de Oliveira; Aline Lima Xavier

espaço aberto

- 1315 Imersão na realidade: o Sistema Único de Saúde e a organização do Programa Mais Médicos em São Paulo, Brasil
Vinícius Pena de Alencar; Maria Sortênia Alves Guimarães; Talita Buttarello Mucari
- 1325 Ampliação do acesso e mudança de modelo: experiência a partir do Programa Mais Médicos
Alex Moreira Herval; Elisa Toffoli Rodrigues
- 1333 A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades
Lucas Pereira de Melo; Marcelo dos Santos; Rafael Barros Gomes da Câmara; Liliane Pereira Braga; Ana Luiza de Oliveira e Oliveira; Tiago Rocha Pinto; Pâmara Medeiros da Costa; George Dantas de Azevedo
- 1345 A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica
Larissa Galas Justo; Ana Kalliny de Sousa Severo; Antônio Vladimir Félix-Silva; Lorena Sousa Soares; Fernando Lopes e Silva-Júnior; José Ivo dos Santos Pedrosa
- 1355 Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica
Ana Luiza de Oliveira e Oliveira; Lucas Pereira de Melo; Tiago Rocha Pinto; George Dantas de Azevedo; Marcelo dos Santos; Rafael Barros Gomes da Câmara; Pâmara Medeiros da Costa; Adala Nayana de Sousa Mata

entrevistas

- 1367 Provimento médico no sistema de saúde da Austrália: uma conversa com Megan Cahill
Tazio Vanni; Antonio Pithon Cyrino; Anna Cristina Rodopiano de Carvalho Ribeiro

criação

- 1377 Das portarias aos bloquinhos: arte e apoio institucional junto ao Projeto Mais Médicos para o Brasil
Heloísa Germany; Luciano Bedin da Costa; Flavia Liberman; Henrique Caetano Nardi

editorial

1083 Mônica Padilla

articles

- 1087 The Brazilian More Doctors Program: evaluating the implementation of the "Provision" axis from 2013 to 2015
Hêider Aurélio Pinto; Felipe Proenço de Oliveira; José Santos Souza Santana; Felipe de Oliveira de Souza Santos; Sidclei Queiroga de Araujo; Alexandre Medeiros de Figueiredo
- 1103 An analysis of the Brazilian medical associations struggles confronting the More Doctors Program
Luciano Bezerra Gomes; Emerson Elias Merhy
- 1115 Public use of reason and argumentation: analysis of discussions about the More Doctors Program
Juliano de Carvalho Lima
- 1129 Ideas, images and beliefs in the production of public policies: the case of the More Doctors Program
Alcindo Antônio Ferla; Hêider Aurélio Pinto; Lisiane Bôer Possa; Renata Flores Trepte; Ricardo Burg Ceccim
- 1143 The More Doctors Program: elements of tension between the government and medical associations
Maria Martins Alessio; Maria Fátima de Sousa
- 1157 The More Doctors for Brazil Project and the construction of myths: a Barthean reading
Giovanni Gurgel Aciole
- 1169 More Doctors Project in indigenous health: reflections from an opinion survey
Maria Angélica Breda Fontão; Everton Luís Pereira
- 1181 The challenges faced by the More Doctors Program in providing and ensuring comprehensive health care in rural areas in the Amazon region, Brazil
Lucélia Luiz Pereira; Leonor Pacheco
- 1193 A gender equity approach as a management strategy for the settlement of physicians in vulnerable areas
Maria Regina Martinez
- 1205 Qualification and provision of physicians in the context of the National Policy on Comprehensive Care of People with Rare Diseases in the Brazilian National Health System (SUS)
Débora Gusmão Melo; Carla Maria Ramos Germano; Carlos Guilherme Gaelzer Porciúncula; Isaias Soares de Paiva; João Ivanildo da Costa Ferreira Neri
- 1217 Government provision programs: profile and motivations of physicians who migrated from the Primary Care Professional Valorization Program (Provab) to the More Doctors Program in 2016
Cássia de Andrade Araújo; Fernando Canto Michelotti; Tuanny Karen Souza Ramos
- 1229 Nutritional care by foreigners in The More Doctors for Brazil Project
Amanda Massi Soares; Juarez Pereira Furtado
- 1241 The More Doctors Program: documentary analysis of critical events and positions of social actors
Rebeca Amorim de Jesus; Maria Guadalupe Medina; Níliã Maria de Brito Lima Prado

- 1257 The More Doctors for Brazil Project - challenges and contributions to Primary Care in the vision of the cooperated physicians
Hilton P. Silva; Roseane Bittencourt Tavares; Yamila Comes; Lucélia Luiz Pereira; Helena Eri Shimizu; Edgar Merchan-Hamann; Ximena Pamela Bermúdez
- 1269 Perceptions of city health managers about the provision and activity of physicians from the More Doctors Program
Carlos André Moura Arruda; Vanira Matos Pessoa; Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto; Fernando Ferreira Carneiro; Yamila Comes; Josélia de Souza Trindade; Diego Dewes da Silva; Leonor Maria Pacheco Santos
- 1281 Users' perceptions on social impact of the cooperation project of the More Doctors Program: a case study
Rafael Gustavo de Liz; Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima
- 1291 The More Doctors for Brazil Project: an analysis of Academic Supervision
Erika Rodrigues de Almeida; Adriano Ferreira Martins; Harineide Madeira Macedo; Rodrigo Chávez Penha
- 1301 Expanding family and community medicine residency vacancies by municipalities and the More Doctors Program
Moysés Martins Tosta Storti; Felipe Proenço de Oliveira; Aline Lima Xavier

open space

- 1315 Immersion in reality: the Brazilian National Health System and the organization of the More Doctors Program in São Paulo, Brazil
Vinícius Pena de Alencar; Maria Sortênia Alves Guimarães; Talita Buttarello Mucari
- 1325 Increasing healthcare access and changing the model: an experience with the More Doctors Program
Alex Moreira Herval; Elisa Toffoli Rodrigues
- 1333 The Multicampi School of Medical Sciences of the Federal University of Rio Grande do Norte in the context of the More Doctors Program: challenges and potentialities
Lucas Pereira de Melo; Marcelo dos Santos; Rafael Barros Gomes da Câmara; Liliã Pereira Braga; Ana Luiza de Oliveira e Oliveira; Tiago Rocha Pinto; Pâmara Medeiros da Costa; George Dantas de Azevedo
- 1345 Territorialization in Primary Health Care: an experience in medical education
Larissa Galas Justo; Ana Kalliny de Sousa Severo; Antônio Vladimir Félix-Silva; Lorena Sousa Soares; Fernando Lopes e Silva-Júnior; José Ivo dos Santos Pedrosa
- 1355 Integrated experience in the community: Health System longitudinal insertion as medical education strategy
Ana Luiza de Oliveira e Oliveira; Lucas Pereira de Melo; Tiago Rocha Pinto; George Dantas de Azevedo; Marcelo dos Santos; Rafael Barros Gomes da Câmara; Pâmara Medeiros da Costa; Adala Nayana de Sousa Mata

interviews

- 1367 Medical recruitment and retention in the Australian health system: a dialogue with Megan Cahill
Tazio Vanni; Antonio Pithon Cyrino; Anna Cristina Rodopiano de Carvalho Ribeiro

creation

- 1377 From gates to block notes: art and institutional support in the More Doctors for Brazil Project
Heloísa Germany; Luciano Bedin da Costa; Flavia Liberman; Henrique Caetano Nardi

editorial

- 1083 Mónica Padilla

artículos

- 1087 Programa Más Médicos: evaluación de la implantación del Eje de Provisión de 2013 a 2015
Hêider Aurélio Pinto; Felipe Proenço de Oliveira; José Santos Souza Santana; Felipe de Oliveira de Souza Santos; Sidlei Queiroga de Araujo; Alexandre Medeiros de Figueiredo
- 1103 Un análisis de la lucha de las entidades médicas ante el Programa Más Médicos
Luciano Bezerra Gomes; Emerson Elias Merhy
- 1115 Uso público de la razón y de la argumentación: análisis de los debates sobre el Programa Más Médicos
Juliano de Carvalho Lima
- 1129 Ideas, imágenes y creencias en la producción de políticas públicas: el caso del Programa Más Médicos
Alcindo Antônio Ferla; Hêider Aurélio Pinto; Lisiane Bôer Possa; Renata Flores Trepte; Ricardo Burg Ceccim
- 1143 Programa Más Médicos: elementos de tensión entre gobierno y entidades médicas
Maria Martins Alessio; Maria Fátima de Sousa
- 1157 El Proyecto "Más Médicos para Brasil" y la construcción de mitos: Una lectura bartheana
Giovanni Gurgel Aciolo
- 1169 Proyecto Más Médicos en la salud indígena: reflexiones a partir de una encuesta de opinión
Maria Angélica Breda Fontão; Everton Luís Pereira
- 1181 El desafío del Programa Más Médicos para la provisión y garantía de la atención integral de la salud en áreas rurales en la región amazónica, Brasil
Lucélia Luiz Pereira; Leonor Pacheco
- 1193 El abordaje equitativo de género como una estrategia de gestión para la fijación de médicos en áreas vulnerables
Maria Regina Martinez
- 1205 Calificación y provisión de médicos en el contexto de la Política Nacional de Atención Integral a las Personas con Enfermedades Raras en el Sistema Brasileño de Salud (SUS)
Débora Gusmão Melo; Carla Maria Ramos Germano; Carlos Guilherme Gaelzer Porciúncula; Isaías Soares de Paiva; João Ivanildo da Costa Ferreira Neri
- 1217 Programas gubernamentales de provisión: perfil y motivaciones de los médicos que migraron del Programa de Valorización Profesional (Provab) para el Más Médicos en 2016
Cássia de Andrade Araújo; Fernando Canto Michelotti; Tuanny Karen Souza Ramos
- 1229 El cuidado nutricional por parte de extranjeros en el Proyecto Más Médicos para Brasil
Amanda Massi Soares; Juarez Pereira Furtado
- 1241 Programa Más Médicos: análisis documental de los eventos críticos y posicionamiento de los actores sociales
Rebeca Amorim de Jesus; Maria Guadalupe Medina; Níliá Maria de Brito Lima Prado
- 1257 Proyecto Más Médicos para Brasil - desafíos y contribuciones para la atención primaria desde la perspectiva de los médicos cooperantes
Hilton P. Silva; Roseane Bittencourt Tavares; Yamila Comes; Lucélia Luiz Pereira; Helena Eri Shimizu; Edgar Merchan-Hamann; Ximena Pamela Bermúdez
- 1269 Percepciones de gestores municipales de Salud sobre la provisión y actuación de los médicos del Programa Más Médicos
Carlos André Moura Arruda; Vanira Matos Pessoa; Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto; Fernando Ferreira Carneiro; Yamila Comes; Josélia de Souza Trindade; Diego Dewes da Silva; Leonor Maria Pacheco Santos
- 1281 Percepciones de usuarios sobre el impacto social del proyecto de cooperación del Programa Más Médicos: un estudio de caso
Rafael Gustavo de Liz; Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima
- 1291 Proyecto Más Médicos para Brasil: un análisis de la Supervisión Académica
Erika Rodrigues de Almeida; Adriano Ferreira Martins; Harineide Madeira Macedo; Rodrigo Chávez Penha
- 1301 La expansión de plazas de residencia de Medicina de Familia y Comunidad por municipios y el Programa Más Médicos
Moysés Martins Tosta Storti; Felipe Proenço de Oliveira; Aline Lima Xavier

espacio abierto

- 1315 Inmersión en la realidad: el Sistema Brasileño de Salud y la organización del Programa Más Médicos en São Paulo, Brasil
Vinícius Pena de Alencar; Maria Sortênia Alves Guimarães; Talita Buttarello Mucari
- 1325 Ampliación del acceso y cambio de modelo: experiencia a partir del Programa Más Médicos
Alex Moreira Herval; Elisa Toffoli Rodrigues
- 1333 La Escuela Multicampi de Ciencias Médicas de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte en el contexto del Programa Más Médicos: desafíos e potencialidades
Lucas Pereira de Melo; Marcelo dos Santos; Rafael Barros Gomes da Câmara; Liliâne Pereira Braga; Ana Luiza de Oliveira e Oliveira; Tiago Rocha Pinto; Pâmara Medeiros da Costa; George Dantas de Azevedo
- 1345 La territorialización en la Atención Básica: un informe de experiencia en la formación médica
Larissa Galas Justo; Ana Kalliny de Sousa Severo; Antônio Vladimir Félix-Silva; Lorena Sousa Soares; Fernando Lopes e Silva-Júnior; José Ivo dos Santos Pedrosa
- 1355 Vivencia integrada en la comunidad: inserción longitudinal en el Sistema de Salud como estrategia de formación médica
Ana Luiza de Oliveira e Oliveira; Lucas Pereira de Melo; Tiago Rocha Pinto; George Dantas de Azevedo; Marcelo dos Santos; Rafael Barros Gomes da Câmara; Pâmara Medeiros da Costa; Adala Nayana de Sousa Mata

entrevistas

- 1367 Recrutamiento y retención de médicos en el sistema de salud de Australia: un diálogo con Megan Cahill Tazio Vanni; Antonio Python Cyrino; Anna Cristina Rodopiano de Carvalho Ribeiro

creación

- 1377 De los decretos administrativos a los blocks: arte y apoyo institucional ao Proyecto Más Médicos para Brasil
Heloisa Germany; Luciano Bedin da Costa; Flavia Liberman; Henrique Caetano Nardi

Invitamos a investigadores, académicos, profesores, gestores, trabajadores y usuarios del Sistema Brasileño de Salud (SUS) a la lectura de este suplemento "Provisión Médica en el ámbito del SUS". Este fascículo especial publicado por la revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, en alianza con el Departamento de Planificación y Regulación de la Provisión de Profesionales de Salud (DEPREPS) del Ministerio de la Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de Salud (OPAS), proporciona una muestra excelente y oportuna bajo diferentes perspectivas de la producción de conocimiento ya alcanzada en el análisis de las políticas públicas de provisión médica en Brasil implantadas en los últimos años para enfrentar la escasez de médicos en áreas rurales remotas y en áreas de las periferias urbanas. En este conjunto de textos, los lectores podrán conocer los avances ya alcanzados por esos programas, los embates de su implantación, así como los desafíos que todavía están presentes.

El objetivo de la convocatoria fue incentivar la producción técnico-científica alrededor de la provisión y de la fijación de médicos en áreas vulnerables y de difícil acceso como estrategias de fortalecimiento del SUS y el análisis y debate sobre políticas recientes tales como el Programa de Valorización del Profesional de la Atención Básica (Provab) y el proyecto Más Médicos para Brasil.

Como respuesta, hasta el cierre de la convocatoria, en mayo de 2016, se recibieron 122 solicitudes y se están publicando 24 artículos, de los cuales 18 resultantes de encuestas, cinco relatos de experiencia, una entrevista y un texto en la categoría de Creación.

Los trabajos presentados en esta publicación dan vida a una producción científica que presenta el proceso de formulación, discusión, debate técnico, social y político de una de las mayores intervenciones de política pública en salud desarrollada por el gobierno brasileiro en su afán de apuntalar el SUS, el Programa Más Médicos.

Acostumbrado a los grandes desafíos, propios de la dimensión territorial del país, el gobierno brasileiro había logrado un espectacular crecimiento en materia de cobertura de la salud con un conjunto de hitos históricos. Fruto, en primer lugar, de la reforma de salud plasmada en la Constitución Federal promulgada en 1988 con una visión de futuro ambiciosa: sistema único de salud de carácter público y gratuito que garantice el derecho a la salud para toda la población brasileira.

El Brasil es uno de los países pioneros en el abordaje integral de la política de desarrollo de recursos humanos de la salud, pasando por establecer una unidad de conducción de máxima jerarquía institucional en el Ministerio de Salud, la Secretaria de Gestión del Trabajo y la Educación (SGETES), actuando con intensidad en los campos de la Educación, el trabajo y la provisión de recursos humanos orientados al avance progresivo en cobertura y acceso a servicios de salud para la población, objetos clave de la política de gobierno en Brasil.

Un conjunto de programas de alcance nacional han sido desarrollados, formalizados, financiados y puestos en marcha en la última década. Basados en una concepción de territorio y población a ser cubierta, el Programa de Salud de la Familia establece los parámetros nacionales de la conformación de equipos, dando así una concreción a la idea de ampliación progresiva para el logro del derecho a la salud.

En este proceso de ampliación de la cobertura de servicios de salud, el país encuentra, como en otras latitudes, un límite concreto en la posibilidad real de ubicar profesionales en aquellos sitios más distantes, con menores índices de desarrollo y poca oferta de mercado privado, tradicionalmente las zonas Norte e Noreste del país.

Un conjunto de programas focalizados en incentivar la fijación profesional en estos sitios especialmente para los profesionales de la Medicina fueron puestos en marcha, sin embargo la fijación profesional se volvió una brecha crónica en los incrementos de cobertura logrados en los primeros diez años. Un análisis de la densidad de profesionales de nivel superior (médicos, enfermeras y parteras) en el Brasil para el 2012 permite identificar brechas importantes del país como un todo 1,8 médicos por 1.000 habitantes con 22 estados bajo esta media nacional y cinco estados con menos de uno médico por 1.000 habitantes¹.

Importantes programas para incentivar una formación profesional en mayor número, con perfiles más alineados a las necesidades del SUS fueron impulsados con energía, sin embargo el estancamiento en la fijación, supera inclusive los esfuerzos para incrementar el volumen de profesionales formados, pues los determinantes de la fijación profesional se encuentran en las características de mercado y en el ejercicio de las profesiones de la salud.

En ese contexto, el gobierno brasileiro diseña y pone en marcha Programa Más Médicos (PMM) instituido pela Ley nº 12.871, 22/10/2013, intervención de política integral que incluye tres ejes: Provisión en régimen de emergencia, Formación médica e Infraestructura, con acciones de corto, medio y largo plazo en una acción que modifica la relación entre actores sociales, desafía la gobernanza y genera nuevos equilibrios sociales frente a la necesidad de responder a la salud de la población brasileira, principalmente aquella con menores índices de desarrollo. El programa buscó asegurar medidas estructuradoras con el objetivo de intervenir de forma cuantitativa y cualitativa en la formación de médicos en el país, considerando la publicación de las nuevas Directrices Curriculares Nacionales (DCN) con la reorientación de la formación de médicos y especialista para las necesidades de SUS y apertura de nuevas plazas de graduación y residencia médica. En 2015, el programa estaba compuesto por 18.240 médicos, integrados en los equipos de Salud de la Familia, cubriendo 4.058 municipios de un total de 5.557¹.

Este documento relata los avatares, debates y posiciones evidenciados durante el proceso de diseño, propuesta pública, debate, emisión de la ley e inicio de implementación de ese ambicioso proceso, desnudando el conjunto de intereses, posiciones, acciones y resultados de esta inédita acción gubernamental.

Se abordan cuatro ejes a) formulación, implantación y/o desarrollo de los programas de provisión médica en el SUS; b) impacto de los resultados alcanzados por los programas de provisión médica en la condición de salud de la población brasileña; c) las políticas de provisión médica en Brasil y los actores de la salud: gestores, usuarios y entidades sectoriales; y d) análisis de diferentes perspectivas de los profesionales participantes de los programas de provisión médica y factores vinculados a su distribución en el territorio.

En conjunto se presenta un análisis del contexto político y describe las posiciones, los argumentos de los actores sociales protagonistas de la formación y del trabajo médico y las acciones y relaciones frente a esta política de expansión en el acceso a servicios de salud que representa un cambio sustancial en la forma de reclutamiento, contratación, distribución de profesionales médicos, en el número y ubicación de las plazas de formación profesional medica en la perspectiva de una descentralización de la formación profesional en el país. Una lectura nítida de los intereses y de las posiciones de los distintos actores se encuentran en las páginas de este texto, el uso de fuentes públicas de información y comunicación social, debates y argumentaciones en las instancias de deliberación política, metodologías cualitativas, análisis de discurso, son medios muy bien utilizados en esta producción. Esto permite desvelar objetivamente los

grandes desafíos para el dialogo nacional sobre una forma establecida de generar servicios y cuidados de salud a la población principalmente la de menor acceso.

Se evidencia en este mapa de relacionamiento estratégico de la sociedad brasilera, la instalación de un equilibrio que puede considerarse nuevo donde la población y los niveles de gobierno inter-federativos, abogan por las necesidades persistentes y urgentes y queda en evidencia la brecha de producción y ubicación de profesionales médicos para una parte de la sociedad brasilera. Brecha que es abordada y resuelta en forma práctica por el programa.

Los documentos presentados ya permiten identificar las potencialidades de esta opción de política que incorpora la figura del médico con formación especializada en Salud familiar, dedicación a tiempo integral y fijación garantizada en 73% de los municipios del país para el 2013, los impactos en equidad y acceso se vislumbran ya desde ese momento, reconociendo además que la incorporación de esta fuerza laboral contratada en forma masiva es posible dada la solidez acumulada por el SUS previamente.

El análisis de la expansión de la oferta de formación de médicos, la propuesta de transformación de la educación médica y la presión de la descentralización de la oferta de formación profesional alineada a los requerimientos de calidad, a la necesidad de cambio en el perfil de formación para responder a las necesidades del sistema, incorporar perspectivas como la inter profesionalidad, la integración temprana en el trabajo, las contradicciones con los mecanismos de acreditación y la apertura de nuevas escuelas en zonas alejadas, son temas visitados que colocan desafíos persistentes de la Educación en plena vigencia.

En síntesis un trabajo estimulante que recoge la riqueza de perspectivas diversas, una lectura viva de la política pública para el avance hacia la salud universal y el rol central de los recursos humanos de la salud en este camino, sin duda una producción que permite visitar la realidad del país y sus desafíos. Les invitamos a disfrutar de esta lectura y a incorporar sus luces para la acción por el SUS.

Mónica Padilla

Coordinadora de la Unidad Técnica de Capacidades Humanas para la Salud,
Organización Panamericana de Salud /Organización Mundial de Salud
(OPAS/OMS) no Brasil

Referencia

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

Convidamos pesquisadores, acadêmicos, professores, gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) à leitura deste suplemento: “Provimento Médico no âmbito do SUS”. Este fascículo especial, publicado pela revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, em parceria com o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (Depreps) do Ministério da Saúde e com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), traz uma excelente e oportuna amostra sob diferentes perspectivas da produção de conhecimento já alcançada na análise das políticas públicas de provimento médico no Brasil, implantadas nos últimos anos para enfrentar a escassez de médicos em áreas rurais remotas e em áreas das periferias urbanas. Neste conjunto de textos, os leitores poderão conhecer os avanços já alcançados por esses programas, os embates de sua implantação, bem como os desafios que ainda se fazem presentes.

O objetivo da convocatória foi incentivar a produção técnico-científica em torno do provimento e fixação de médicos em áreas vulneráveis e de difícil acesso como estratégias de fortalecimento do SUS e a análise e o debate sobre políticas recentes, como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) e o Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Em resposta, até o fechamento da convocatória, em maio de 2016, foram recebidas 122 submissões e selecionados 24 artigos, dos quais 18 resultantes de pesquisas, cinco relatos de experiências, uma entrevista e um texto da categoria Criação.

Os trabalhos apresentados nesta publicação dão vida a uma produção científica que apresenta o processo de formulação, discussão, debate técnico, social e político de uma das maiores intervenções de política pública em saúde desenvolvida pelo governo brasileiro em um esforço de dar apoio ao SUS: o Programa Mais Médicos (PMM).

Habitado aos grandes desafios, próprios da dimensão territorial do país, o governo brasileiro havia alcançado um espetacular crescimento em matéria de cobertura da saúde, com um conjunto de marcos históricos. Foi fruto, em primeiro lugar, da reforma na área da Saúde contida na Constituição Federal promulgada em 1988, com uma visão de futuro ambiciosa: implantação de um sistema único de saúde de caráter público e gratuito que garante o direito à saúde para toda a população brasileira.

Brasil é um dos países pioneiros na abordagem integral da política de desenvolvimento de recursos humanos em saúde, estabelecendo uma unidade de condução de máxima hierarquia institucional no Ministério de Saúde: a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SGETES), atuando com intensidade nos campos da Educação, do trabalho e da provisão de recursos humanos em saúde voltados ao avanço progressivo em cobertura e acesso a serviços para a população, principais objetos da política de governo do Brasil.

Um conjunto de programas de abrangência nacional foi desenvolvido, formalizado, financiado e implementado na última década. Baseado em uma concepção de território e população a ser coberta, o Programa de Saúde da Família estabelece os parâmetros nacionais de formação de equipes de saúde, concretizando dessa forma a ideia de ampliação progressiva em prol do direito à saúde.

Nesse processo de ampliação da cobertura de serviços de saúde, o país encontra, como em outras latitudes, um limite concreto na possibilidade real de fixar profissionais nas localidades mais distantes, com menores índices de desenvolvimento e pouca oferta de mercado privado; tradicionalmente, as regiões Norte e Nordeste.

Uma série de programas voltados ao incentivo da fixação profissional nesses locais foi posta em vigor, especialmente para os profissionais da Medicina, mas a fixação profissional se tornou uma lacuna crônica nas ampliações de cobertura obtidas nos primeiros dez anos. Uma análise da densidade de profissionais de nível superior (médicos, enfermeiras e parteiras) no Brasil em 2012 permite identificar lacunas significativas do país como um todo, de 1,8 médicos por 1.000 habitantes, com 22 estados abaixo da média nacional e cinco estados com menos de um médico para cada 1.000 habitantes¹.

Importantes programas para incentivar uma formação profissional em maior número, com perfis mais alinhados às necessidades do SUS, também foram fortemente alavancados; no entanto, o estancamento na fixação supera até mesmo os esforços para o aumento de profissionais formados, pois as determinantes da fixação profissional se encontram nas características de mercado de trabalho no exercício das profissões da saúde.

Nesse contexto, o governo brasileiro desenha e implementa o PMM, instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, intervenção de política integral que inclui três eixos: Provimento emergencial, Formação médica e Infraestrutura, com ações de curto, médio e longo prazos em uma ação que modifica a relação entre atores sociais, desafia a governança e gera novos equilíbrios sociais frente à necessidade de responder à saúde da população brasileira, principalmente aquela com menores índices de desenvolvimento. O programa buscava assegurar medidas estruturantes que visam intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos no país, considerando a publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) com a reorientação da formação de médicos e especialistas para as necessidades do SUS e abertura de novas vagas de graduação e residência médica. Em 2015, o programa era composto por 18.240 médicos, integrados nas equipes de Saúde da Família, cobrindo 4.058 municípios de um total de 5.557¹.

Este documento relata as dificuldades, debates e posições evidenciados durante o processo de desenho, proposta pública, debate, emissão da lei e início de implementação desse ambicioso processo, revelando o conjunto de interesses, posições, ações e resultados dessa inédita ação governamental.

São abordados quatro eixos: a) formulação, implantação e/ou desenvolvimento dos programas de provimento médico no SUS; b) impacto dos resultados alcançados pelos programas de provimento médico na condição de saúde da população brasileira; c) as políticas de provimento médico no Brasil e os atores da saúde: gestores, usuários e entidades setoriais; e d) análise de diferentes perspectivas dos profissionais participantes dos programas de provimento médico e fatores ligados à sua distribuição no território.

Juntamente, é apresentada uma análise do contexto político e são descritas as posições e os argumentos dos atores sociais protagonistas da formação; o trabalho médico; e as ações e relações frente a essa política de expansão no acesso a serviços de saúde que representa uma mudança significativa na forma de recrutamento, contratação e distribuição de profissionais médicos; no número e localização das praças de formação profissional médica; e na perspectiva de uma descentralização da formação profissional no país. Uma leitura clara dos interesses e posições dos diferentes atores é encontrada nas páginas deste texto. O uso de fontes públicas de informação e comunicação social, debates e argumentações nas instâncias de deliberação política; metodologias qualitativas; e análises de discurso são meios muito bem utilizados nesta produção. Isso permite revelar objetivamente os grandes desafios para o diálogo nacional sobre uma forma estabelecida de gerar serviços e cuidados de saúde à população, principalmente a

de menor acesso.

Nesse mapa de relacionamento estratégico da sociedade brasileira, fica evidenciada a instalação de um equilíbrio que pode ser considerado novo, no qual a população e os níveis de governo interfederativos advogam pelas necessidades persistentes e urgentes. Assim, fica evidente a lacuna de produção e localização de profissionais médicos para uma parte da sociedade brasileira, que é abordada e resolvida de forma prática pelo programa.

Os documentos apresentados já permitem identificar as potencialidades dessa opção de política que incorpora a figura do médico com formação especializada em Saúde da Família, dedicação em tempo integral e fixação garantida em 73% dos municípios do país para 2013. Os impactos em equidade e acesso já são vislumbrados desde aquele momento, reconhecendo que a incorporação dessa força trabalhista contratada maciçamente é possível, em função da solidez acumulada anteriormente pelo SUS.

A análise da expansão da oferta de formação de médicos, a proposta de transformação da educação médica e a pressão da descentralização da oferta de formação profissional, alinhadas aos requisitos de qualidade, à necessidade de mudança no perfil de formação para responder às necessidades do sistema e para incorporar perspectivas como a interprofissionalidade, a integração precoce no trabalho, as contradições com os mecanismos de acreditação e a abertura de novas escolas em regiões afastadas, são temas tratados que apresentam desafios persistentes da educação, em plena vigência.

Em síntese, trata-se de um trabalho estimulante que reúne a riqueza de diferentes pontos de vista, uma leitura viva da política pública para o avanço em direção à saúde universal e o papel central dos recursos humanos nesse percurso; sem dúvida, é uma produção que permite visitar a realidade do país e seus desafios. Nós os convidamos a desfrutar desta leitura e a incorporar suas luzes para a ação pelo SUS.

Mónica Padilla

Coordenadora da Unidade Técnica de Capacidades Humanas para a Saúde,
Organização Pan-Americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde
(OPAS/OMS) no Brasil.

Referência

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

We invite researchers, students, professors, managers, workers, and users of the Brazilian National Health System(SUS) to enjoy the present publication, *Physician workforce supply within the scope of SUS*. This special issue is published by the journal *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, in partnership with the Department of Planning and Regulation of Healthcare Professional Workforce Supply (DEPREPS), within the Brazilian Ministry of Health, with the support of the Pan-American Health Organization (PAHO). In these pages, readers will find a high-quality and needed sample of knowledge that has been produced on the subject. The public policy created in recent years for physician workforce supply is analyzed from a myriad of perspectives, as never-before seen in other similar works. The policy was developed as a response to the shortage of physicians in remote rural areas and in peripheral urban areas, and the articles included in this issue present the progress achieved by its programs, the obstacles to their implementation, and the challenges that persist.

The aim of the call for papers for this issue was to encourage technical-scientific production about the supply and retention of physicians in vulnerable and hard-to-reach areas of Brazil. Such studies include content such as strategies to strengthen SUS, and analyses and discussions of recent policies such as the Primary Care Professional Valorization Program (Provab) and the More Doctors for Brazil Project.

By the end of the submission period, in May 2016, 122 studies were received. Of these, 24 articles were selected: 18 presented research results, five were experience reports, an interview and a text under the Creation category.

The studies presented in this publication bring life to the scientific production about the formulation process and the technical, social, and political debate and discussion involving one of the greatest health policy interventions ever to be developed by the Brazilian government in favor of SUS: the More Doctors Program.

Accustomed to the great challenges inherent to the monumental size of the country, the Brazilian government has achieved spectacular growth in healthcare coverage, represented by a set of historical milestones. The first includes the health reform provided for in the Federal Constitution, effective in 1988, which presents an ambitious goal for the future: providing the entire Brazilian population with coverage by a public and free unified health system that ensures the right to health.

Brazil has been among the pioneering countries to adopt a comprehensive approach to policies for human resource development in health. This approach has included the creation of the Secretariat for the Management of Health Work and Education (SGETES), a directing unit of maximum institutional authority within the Ministry of Health. This unit works intensely in the field of health education, work, and supply of human resources, with the aim of gradually expanding population coverage and access to services, the main target of government policy.

Over the last decade, a group of nationwide policies have been developed, formalized, funded, and implemented. Based on the concept of territory and population coverage, the Family Health Program established national parameters for forming health teams, thus bringing the idea of progressive expansion to concretion, promoting the right to health.

As occurs at other latitudes, in this current process of expanding healthcare coverage, Brazil has stumbled on concrete limitations. These are associated with the retention of professionals in more remote locations and those with lower rates of development, and lower demand for private market services. These

locations are traditionally in the North and Northeast regions.

A series of programs aimed at incentivizing professional retention in these locations have been put into action, especially aimed at physicians. However, professional retention has become a chronic gap in the expansion of coverage gained in the first ten years. In 2012, an analysis of the density of professionals with higher education degrees (physicians, nurses, and midwives) in Brazil showed significant gaps at the national level: 1.8 physicians per thousand inhabitants, with 22 states below the national average and five states with at least one physician per thousand inhabitants¹.

Special attention has also been given to important programs that promote the expansion of professional education, training professionals to develop profiles more in tune with the needs of SUS. However, even with all the efforts expended to increase the number of trained professionals, the challenge of professional retention persists, since the determining factors of professional retention lie in the features of the health labor market.

Considering the above, the Brazilian government designed and implemented the More Doctors Program (MDP), instituted by Law no. 12.871, of October 22, 2013. This comprehensive policy was based on three legs: emergency supply, medical education, and infrastructure, with short-, medium- and long-term interventions. These actions sought to modify the relationship among social players, challenge governance, and strike a new social balance to respond to the health needs of the Brazilian population, especially in areas with lower rates of development. The aim of the program was to ensure structuring measures to intervene quantitatively and qualitatively in medical education, with the publication of National Curricular Guidelines (DCN) and the reorganization of training physicians and experts for the needs of SUS. This strategy also included creating new undergraduate and medical residency openings. In 2015, the program consisted of 18,240 physicians integrated into family health teams, covering 4,058 municipalities out of a total of 5,557¹.

This publication reports on the most significant difficulties, debates, and positions that emerged during the process of designing, proposing, debating, and enacting the law that led to the initiation of this ambitious process. Furthermore, it reveals the group of interests, positions, actions, and outcomes of this unprecedented government action.

Four aspects are addressed in this publication: a) the formulation, implementation and/or development of physician workforce supply programs for SUS; b) the impact of the results achieved by physician workforce supply programs on the health of the Brazilian population; c) physician workforce supply programs and actors in the field of health: managers, users, and sectoral entities; and d) an analysis of the different outlooks of the professionals participating in physician workforce supply programs and factors associated with their distribution across the country.

An analysis of the political context is also presented, describing the positions and arguments of social players, who faced with this new policy, have worked towards medical education, work, practices, and relationships that expand access to healthcare services. This represents a significant change in how medical professionals are recruited, hired, and distributed, in the number and types of arenas for medical education, decentralizing professional training in the country. These pages present readers with a clear reading of the interests and positions of the different players involved, based on different and well-employed methodologies, such as the use of public sources of information and social communication, debates, discussions at the level of political decisions, qualitative

methodologies, and discourse analysis. The result is an objective presentation of the great challenges facing national dialogue about an already established way of generating health services and delivering care, especially to lower-income populations.

This map of the strategic relationship of Brazilian society clearly shows the imbalance that has been recently implemented, in which the population and inter-federative levels of government advocate for persistent and urgent needs. It also points to a gap in the production and allocation of medical professionals for a part of Brazilian society. The program provides a practical approach and resolution for the issue.

The texts presented here have already been able to characterize the benefits of this choice of policy, which has incorporated figure of physicians into specialized training in family health, led to full-time dedication, and ensured professional retention in 73% of municipalities in the country in 2013. Since then, the positive impacts on health equity and access have been noticeable, confirming that it is possible to incorporate a massively contracted workforce, because of the prior solidity achieved by SUS.

The themes addressed in this issue present the persistent challenges currently in force. These include an analysis of the expansion of medical education opportunities; proposed changes to medical education; the pressure to decentralize the supply of professional education, while still meeting the pre-requisite of quality; the need to change the profile of medical education to meet the needs of the system; the incorporation of perspectives such as inter-professionalism; integrating students into medical work early on in their programs; the contradictions of accreditation mechanisms; and the opening of new schools in remote regions.

In sum, this is an exciting work, presenting a wealth of different points of view, and providing readers with a vivacious reading about the public policy that works towards universal health, and the key role of human resources in this trajectory. Without a doubt, this issue will allow readers to be exposed to the reality and challenges of health in Brazil. Thus, we invite you to enjoy this reading and take in the light it shines on actions that contribute to strengthening SUS.

Mónica Padilla

Coordinator of the Human Resources for Health Unit,
Pan-American Health Organization/World Health Organization
(PAHO/WHO) in Brazil

Reference

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

Programa Mais Médicos:

avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015

Hêider Aurélio Pinto^(a)
 Felipe Proenço de Oliveira^(b)
 José Santos Souza Santana^(c)
 Felipe de Oliveira de Souza Santos^(d)
 Sidclei Queiroga de Araujo^(e)

Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. The Brazilian More Doctors Program: evaluating the implementation of the "Provision" axis from 2013 to 2015. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1087-101.

The More Doctors Program was created in 2013 to address challenges that constrained the expansion and development of Primary Care (PC), mainly the insufficiency and maldistribution of physicians and the inadequate training profile related to the needs of the population. The program consists of three axes: emergency provision, improvement of infrastructure and changes in training. This paper performs documentary and literature review as well as analysis of official databases with the objective of evaluating the results achieved up to 2015 with regards to physicians supply. We identified important advances in the allocation of physicians with equity; in the expansion of PC coverage; in expanding access to basic health care for the population; its impact on health indicators; and the positive evaluation made by users, physicians and managers regarding the program. As a conclusion, challenges faced by the program to effectively achieve its objectives are pointed out.

Keywords: Primary health care. Physicians shortage. More Doctors Program.

O Programa Mais Médicos foi criado em 2013 para enfrentar desafios que condicionavam a expansão e o desenvolvimento da Atenção Básica (AB), sobretudo, a insuficiência e má distribuição de médicos e o perfil de formação inadequado às necessidades da população. O programa é composto por três eixos: provimento emergencial, qualificação da infraestrutura e mudança da formação. Neste artigo realizamos análise documental, análise de bancos de dados oficiais e revisão de literatura, com o objetivo de avaliar resultados do provimento de médicos alcançados até 2015. Identificamos avanços importantes na alocação dos médicos com equidade; na ampliação da cobertura da AB; na ampliação do acesso da população às ações de AB; no impacto nos indicadores de saúde; e na avaliação positiva que usuários, médicos e gestores têm do programa. Na conclusão, são apontados desafios enfrentados pelo programa para alcançar efetivamente seus objetivos.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Escassez de médicos. Programa Mais Médicos.

Alexandre Medeiros
 de Figueiredo^(f)
 Grasiela Damasceno
 de Araújo^(g)

^(a) Doutorando, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Av. Bento Gonçalves, 9.500, Prédio 43311. Porto Alegre, RS, Brasil. 91501-970 heiderpinto.saude@gmail.com

^(b,f) Departamento de Promoção da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. proenco@hotmail.com; potiguar77@gmail.com

^(c) Fundação Estatal Saúde da Família. Salvador, BA, Brasil. josesantana@fesfus.ba.gov.br

^(d) Mestrando, Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz. Brasília, DF, Brasil. felipes.guapo@gmail.com

^(e) Graduando, Curso de Gestão em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. sidclei.queiroga@gmail.com

^(g) Departamento de Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde, Área Técnica de Planejamento e Dimensionamento, Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. grasiela.araujo@gmail.com

Introdução

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em julho de 2013 por meio de Medida Provisória, convertida na Lei 12.871¹, pelo Congresso Nacional, em outubro do mesmo ano; e se somou a um conjunto de ações e iniciativas num cenário em que o Governo Federal assumiu a tarefa de formular políticas públicas para enfrentar alguns desafios que vinham condicionando a expansão e o desenvolvimento da Atenção Básica (AB) no país, em especial, a insuficiência e má distribuição de médicos e vagas de graduação e residência em medicina, e o perfil de formação inadequado às necessidades da população e do Sistema Único de Saúde (SUS).

A AB deve ser a porta de entrada preferencial do SUS, deve ordenar o acesso com equidade às redes de atenção e estar próxima das pessoas, garantindo acesso universal, com qualidade e em tempo oportuno. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)² tem como modo prioritário de organização da AB, no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), cuja cobertura vinha estagnada nos últimos anos, como será mostrado adiante, em grande parte devido à dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de saúde da família (eSF)³.

A proporção de médico por habitante no Brasil (1,8/1.000)⁴ era muito menor que: a da Argentina (3,9)⁵; a de diversos países que também garantem sistemas de saúde universais como Canadá (2,4), Reino Unido (2,7), Espanha (3,5) e Portugal (3,8); e menor também que a média dos 33 países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (3,1)⁴.

Além disso, esses médicos estavam mal distribuídos no território nacional, de modo que as áreas e as populações mais pobres e vulneráveis eram as que contavam, proporcionalmente, com menos médicos. Agravando o problema, de 2002 a 2012, a quantidade de médicos formados no Brasil correspondeu a apenas 65% do total de empregos médicos criados no mesmo período⁶.

Por fim, observa-se o modelo de muitos países que também apresentam maior demanda que formação de médicos e que equilibram esse déficit atraindo profissionais formados em outros países.

No Brasil, o processo de autorização do exercício profissional para médicos formados no exterior, brasileiros ou não, sempre foi protecionista e restritivo – apenas 1,9% dos médicos que atuavam no Brasil, em 2012, eram estrangeiros⁷, enquanto nos EUA, por exemplo, esse número chegava a 22,4%⁸ e no Reino Unido a 37%⁹.

O PMM é a maior iniciativa já realizada no país e uma das maiores do mundo para enfrentar esse conjunto de problemas. O programa é composto por três eixos¹⁰. O eixo provimento emergencial é uma resposta imediata ao problema da falta de cobertura e acesso à AB por parte importante da população brasileira. O PMM seleciona profissionais graduados no Brasil e fora do país, brasileiros e estrangeiros, para atuarem nas áreas com maior necessidade e vulnerabilidade e para que desenvolvam uma atenção à saúde de qualidade de acordo com as diretrizes da PNAB¹¹.

O eixo de infraestrutura, previsto no artigo 30 da Lei do PMM¹, quase triplicou os recursos do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que, criado em 2011¹², teve o orçamento ampliado a 5,5 bilhões de reais para a qualificação da estrutura, com o objetivo de melhorar: a ambiência das UBS para os usuários, as condições de atuação dos profissionais e o funcionamento e ampliação do escopo de práticas do serviço¹³. Além de aumentar a meta de reformas e ampliações de UBS existentes, o PMM fez a previsão da construção de novas UBS no Programa de Requalificação saltar de pouco mais de 1 mil para cerca de 4,5 mil UBS, fazendo o total de obras previstas chegar a 26 mil em 5 mil municípios¹³.

Por fim, o eixo formação médica previu medidas de curto a longo prazo, como aquelas que visam intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos no Brasil: desde a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, com reorientação da distribuição das mesmas no território nacional, até a mudança da formação de médicos e especialistas para responder às necessidades da população e do SUS. O programa planejou a expansão da formação de médicos no Brasil de modo que a proporção saia do patamar de 1,8 médicos por mil habitantes, vigente no ano de criação do Programa, para alcançar 2,7 médicos por mil habitantes em 2026¹³.

Entre os eixos descritos, o de provimento emergencial é o que mais se caracteriza como de curto prazo, podendo gerar resultados positivos mesmo com o relativo pouco tempo de implantação do programa. Cabe analisar a ocorrência desses resultados e sua relação com os objetivos do programa.

Metodologia

Neste artigo, sintetizamos resultados declarados oficialmente como objetivos do eixo provimento emergencial do PMM^{1,10,11,13}, analisando documentos oficiais e incluindo a legislação, portarias e resoluções relacionadas, assim como relatórios e artigos que tratam do tema. A partir desses resultados, buscamos identificar evidências de mudanças produzidas em indicadores que poderiam descrever o programa utilizando referenciais e diretrizes metodológicas do campo de estudos da análise de políticas¹⁴⁻¹⁶.

A busca das evidências se deu, tanto de modo direto – por meio da análise de dados secundários nas bases de dados dos Departamentos de Informática do SUS (DATASUS), de Atenção Básica (DAB), de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) e de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS) – quanto realizando revisão de literatura sobre o programa, publicada em artigos, capítulos de livros e relatórios de pesquisa disponíveis. O período de análise considerado foi do início do PMM até o fim de 2015.

Resultados e Discussão

O eixo provimento emergencial

O PMM provê médicos para atuarem na AB, nas áreas mais vulneráveis e com maiores necessidades, e providencia seu aperfeiçoamento por meio de diversas atividades de integração ensino-serviço, articuladas por um período de até três anos, podendo ser prorrogado por até mais três anos. Seguindo a experiência de outros países e as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), para a qual é necessário combinar as estratégias de provimento e fixação de profissionais de saúde¹¹, o PMM forneceu: atividades educacionais presenciais e à distância; bolsas de formação financiadas pelo governo federal; incentivos para moradia e alimentação custeados pelo gestor municipal; apoio clínico à distância; e lógicas de interação por meio de comunidades de práticas virtuais.

As atividades de integração ensino-serviço usam a prática da equipe como matéria-prima do processo pedagógico. Todos os médicos cursam especialização *lato sensu* oferecida por uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública por meio da Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Além disso, a educação permanente dos profissionais é realizada por supervisores e tutores pedagógicos ligados a instituições de ensino do sistema educacional ou do SUS. Os médicos têm acesso ao Portal Saúde Baseada em Evidências do Ministério da Saúde (MS) e ao Telessaúde Brasil Redes. Por fim, desenvolvem atividades de extensão cujos projetos de intervenção são construídos junto com as equipes.

A seleção de profissionais no programa ocorre em etapas. A primeira é a definição das vagas disponíveis, que ocorre por meio de um processo prévio de adesão dos municípios que indicam quais eSF têm necessidade de completar vagas e quantas serão implantadas. Para a ocupação das mesmas, realizada por meio de editais públicos de chamamento de médicos, há uma ordem de prioridade definida em Lei: primeiro, são convocados médicos com registro no Brasil; em segundo lugar, médicos brasileiros com registro apenas no estrangeiro; depois, são os médicos estrangeiros, também com registro apenas no estrangeiro; e, por fim, médicos que participam, não individualmente, mas por meio da Cooperação Internacional que vem sendo realizada entre a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o *Ministerio de Salud Pública* de Cuba.

Até dezembro de 2015, pouco mais de dois anos desde a chegada dos primeiros médicos nos municípios, em agosto de 2013, é possível identificar avanços nos indicadores relacionados a resultados que foram declarados objetivos do PMM: 1- atendimento de 100% da demanda solicitada pelos municípios, conforme as regras do programa; 2- alocação dos médicos no território nacional com equidade; 3- ampliação da cobertura da AB em geral e, em especial, a da ESF; 4- ampliação do acesso da população às ações da AB; 5- impacto em indicadores de saúde; e 6- significativa aprovação por parte de usuários atendidos, médicos e gestores municipais. A seguir, são sistematizadas evidências em cada um desses tópicos.

Provimento com Equidade

No fim de 2015, 73% dos municípios do Brasil, em todos os estados, assim como o Distrito Federal, participavam do PMM. O programa estava em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do país, fazendo com que, pela primeira vez, todos contassem com médicos para atender sua população. A adesão ao programa é voluntária e a solicitação de médicos feita pelos municípios é analisada segundo uma combinação de critérios: necessidade, oferta já disponível e infraestrutura¹⁷.

A necessidade, no período de 2013 a 2015, foi calculada em função da quantidade de eSF sem médicos somadas àquelas necessárias para cobrir toda a sua população, dando prioridade maior à cobertura da população exclusivamente SUS, isto é, não coberta pela saúde suplementar. Para esse cálculo, estima-se a cobertura populacional que o município já possui por meio de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e subtrai-se esse quantitativo da população total do município. Desta forma, obtém-se a quantidade de eSF ainda necessária para a população não coberta. Por fim, avalia-se se a estrutura das UBS existentes no município é suficiente para alocação desses profissionais¹⁷.

A prioridade para a locação deu-se em função de critérios que levam em conta tanto a vulnerabilidade da população e de grupos populacionais específicos, quanto a dos próprios municípios¹⁷⁻¹⁹. Desse modo, os municípios foram priorizados segundo seus percentuais de população em condição de extrema pobreza; do baixo índice de desenvolvimento humano (IDH); da localização em regiões pobres, como os Vales do Ribeira e do Jequitinhonha, o Semiárido; além dos critérios utilizados pelo DAB para o repasse do Piso de Atenção Básica Fixo²⁰. Somado a esses critérios, priorizaram-se, dentro dos municípios, as periferias de grandes cidades e os grupos populacionais indígenas, assentados rurais e quilombolas.

Assim, até o fim de 2015, o PMM havia atendido 100% da demanda realizada pelos gestores municipais, reconhecida pelo programa conforme os parâmetros destacados acima¹³.

Observamos que os critérios adotados imprimiram forte componente de equidade na distribuição dos médicos, considerando os grupos de municípios¹⁸ com os quais o programa trabalha, de modo que a proporção de médicos do PMM nos municípios de extrema pobreza era quase três vezes maior que nas capitais e municípios mais ricos, conforme gráfico 1.

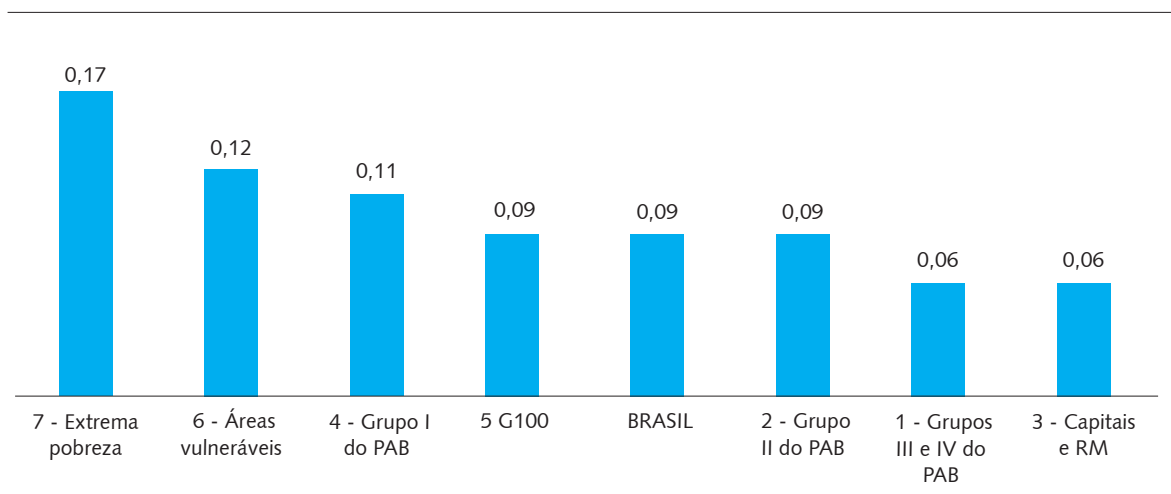


Gráfico 1. Relação médico para cada mil habitantes por grupo de municípios de distribuição definido pelo Programa Mais Médicos, considerando apenas médicos vinculados ao programa.

Resultado semelhante é encontrado quando analisamos por macrorregião, com evidente prioridade para Norte e Nordeste, conforme gráfico 2.

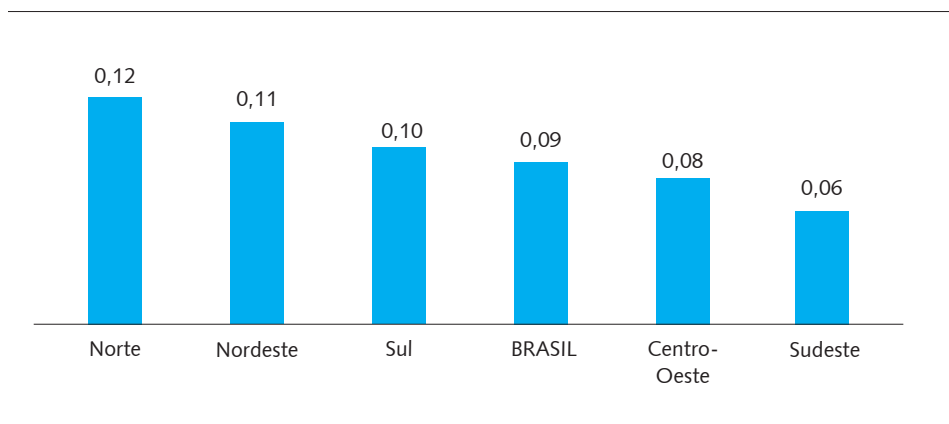
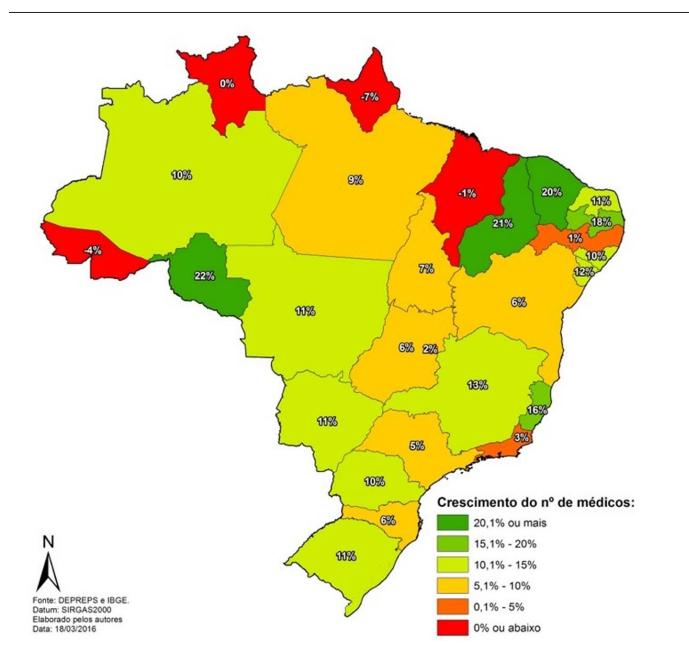


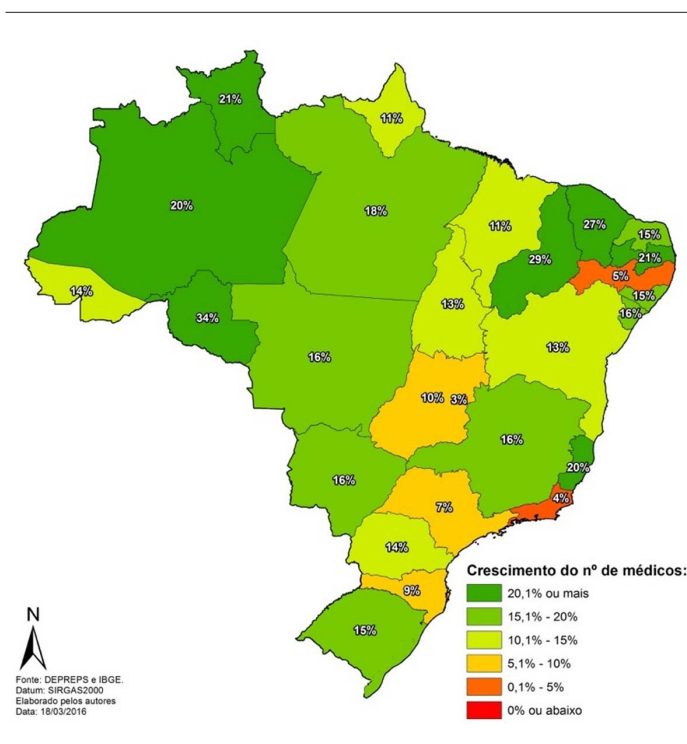
Gráfico 2. Relação médico para cada mil habitantes por macrorregião, considerando apenas médicos vinculados ao programa.

Quando analisamos o crescimento do número absoluto e proporcional de médicos no Brasil e em cada unidade da federação, constatamos que, em 2012, o Brasil tinha 388.015 médicos e, no fim de 2015, esse número chegou a 429.559, um crescimento de 10,7%. Mas, o mais importante é que, sem o PMM, 12 estados teriam apresentado crescimento menor que 10%, sendo que em 4 deles, ou não teria havido crescimento, ou teria havido redução do número de médicos conforme mapa 1.



Mapa 1. Porcentagem do aumento do número de médicos por UF sem o PMM, período 2012 - 2015).

Com o PMM todos apresentaram crescimento, e somente em 5 estados esse crescimento foi menor que 10% (mapa 2). Além disso, todos os estados do Norte e do Nordeste, com exceção de Pernambuco, tiveram crescimento maior que 10%.



Mapa 2. Porcentagem do aumento do número de médicos por UF, com o PMM no período 2012 – 2015.

Ampliação da cobertura da Atenção Básica e da ESF

Há consistentes evidências do aumento da cobertura de AB desde a implantação do PMM. Para observar adequadamente este fenômeno, é preciso levar em conta que as normativas do programa exigem que os médicos integrem eSF ou outras equipes previstas na política de AB. As eSF, por sua vez, podem ser novas, podem ser equipes já existentes que estavam sem médicos, ou, ainda, equipes nas quais a presença desse profissional era insuficiente (alta rotatividade de profissionais ao longo do ano, cumprimento irregular da carga horária etc.).

Portanto, é necessário combinar indicadores que considerem tanto a expansão da ESF quanto da AB. Com efeito, selecionamos: aumento da quantidade de médicos (horas) na AB do Brasil, aumento das coberturas tanto da AB quanto da ESF, ampliação no número de eSF e no número de municípios com eSF.

Optamos por trabalhar com o indicador de horas médicas, conhecido na literatura internacional como *Full Time Equivalent*, e não com o número absoluto de médicos, pelo fato de que não seria adequado contar da mesma maneira um médico que cumpre uma carga horária de 12 horas semanais com outro que cumpre quarenta, por exemplo. Sob este critério, e utilizando os dados do CNES, foi considerado o conjunto de médicos lotados na AB.

Os municípios brasileiros foram categorizados em municípios que aderiram ao programa e municípios que não aderiram. O Gráfico 3 usa como base o ano de 2011 e mostra esse crescimento de 2012 a 2015.

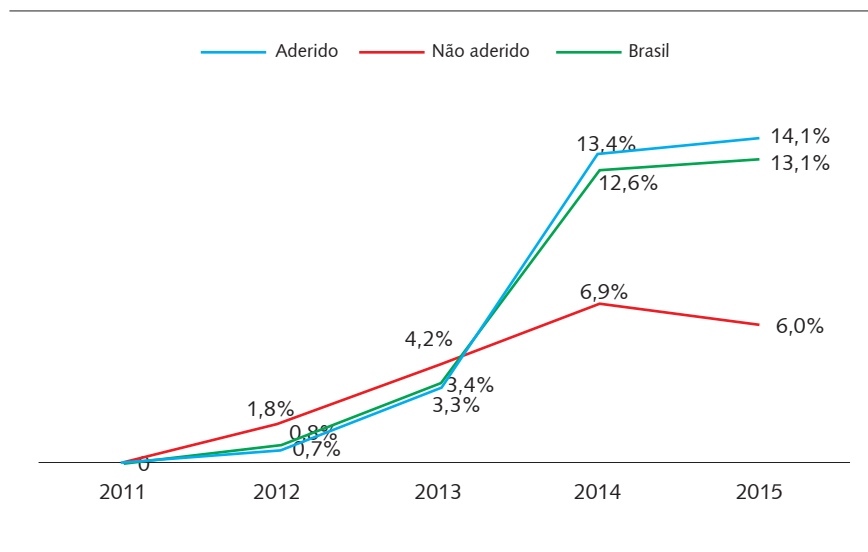


Gráfico 3. Porcentagem do aumento da média anual de médicos - FTE - nos estabelecimentos da AB, por situação da adesão ao MM, entre 2012 e 2015.

Observamos que, em 2012 e 2013, os municípios que não aderiram ao PMM – cerca de 30% dos municípios do Brasil – apresentaram um crescimento maior na quantidade de médicos na AB que aqueles que aderiram. Em 2012, esse crescimento foi mais do que o dobro que nos municípios aderidos. No ano de 2013, quando foi criado o Programa, já se percebe o seu efeito, mas ainda o crescimento nos “não aderidos” é levemente maior. Uma das razões da não adesão desses municípios pode ser justamente o fato de que tivessem maior facilidade de atrair e fixar médicos por meios próprios.

Com a criação do PMM, esse crescimento teve uma inversão nos anos de 2014 e 2015: os municípios que antes tinham mais dificuldade de atrair e fixar médicos, os “aderidos”, experimentaram um crescimento de 10,8%, enquanto os “não aderidos” apenas de 1,8%. Um crescimento seis vezes maior. É importante notar que a média nacional segue a linha dos “aderidos”, justamente porque as horas-médicos acrescidas na AB nos municípios participantes é muito maior do que as acrescidas nos municípios não participantes.

Outro dado importante refere-se à ampliação das coberturas de AB e da ESF. Aqui é importante esclarecer o modo de cálculo. O DAB utiliza, como parâmetro de cobertura, a média de pessoas cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) por eSF. No ano de definição do parâmetro, 2006, a média verificada foi de 3.450 pessoas²¹. Contudo, ao aplicar município a município esse parâmetro para a cobertura nacional, o algoritmo utilizado pelo DAB acaba por fazer, da média, um teto, como demonstramos a seguir.

Um município A que tem 10 mil habitantes e duas equipes anotaria cobertura de 6.900 pessoas. Um município B que também tem 10 mil habitantes e quatro equipes anotaria, obviamente, cobertura máxima de 10.000 pessoas. Assim, essas seis equipes cobririam, em média, 2.817 pessoas, e não 3.450. Esse é o problema do algoritmo.

Com a redução do uso do SIAB a partir de 2007 – quando o CNES passou a ser o sistema mais importante a ser atualizado para fazer jus ao recebimento do financiamento da AB – e com a

substituição do SIAB pelo sistema eSUS/SISAB a partir de 2013, o sub-registro passou a impedir uma contagem real das pessoas cadastradas por eSF para atualizar a média real. Assim, até que se faça uma contagem real a partir dos dados do novo sistema de informação, o SISAB, o parâmetro de cobertura mais real é o último efetivamente verificado.

Assim, para os cálculos realizados neste artigo, construímos um algoritmo que aplica como média, efetivamente, o parâmetro de 3.450 pessoas por eSF.

Para as pessoas cobertas por serviços que não são da ESF, utilizamos o parâmetro adotado pelo DEMAS para os Contratos Organizativos de Ação Pública, que equipara 60 horas de carga horária médica (generalista, médico de família, clínico, ginecologista e pediatra) numa equipe de AB não eSF à cobertura proporcionada por uma eSF.

Com isso, constatamos que o Brasil apresentava uma estagnação do crescimento de AB de 2008 até 2013, saindo de 75,8% de cobertura e chegando a somente 80,6% (gráfico 4). Todas as regiões apresentaram comportamento semelhante, com exceção da região Norte, que apresentou, no mesmo período, redução da cobertura de 72,9% para 66,2%.

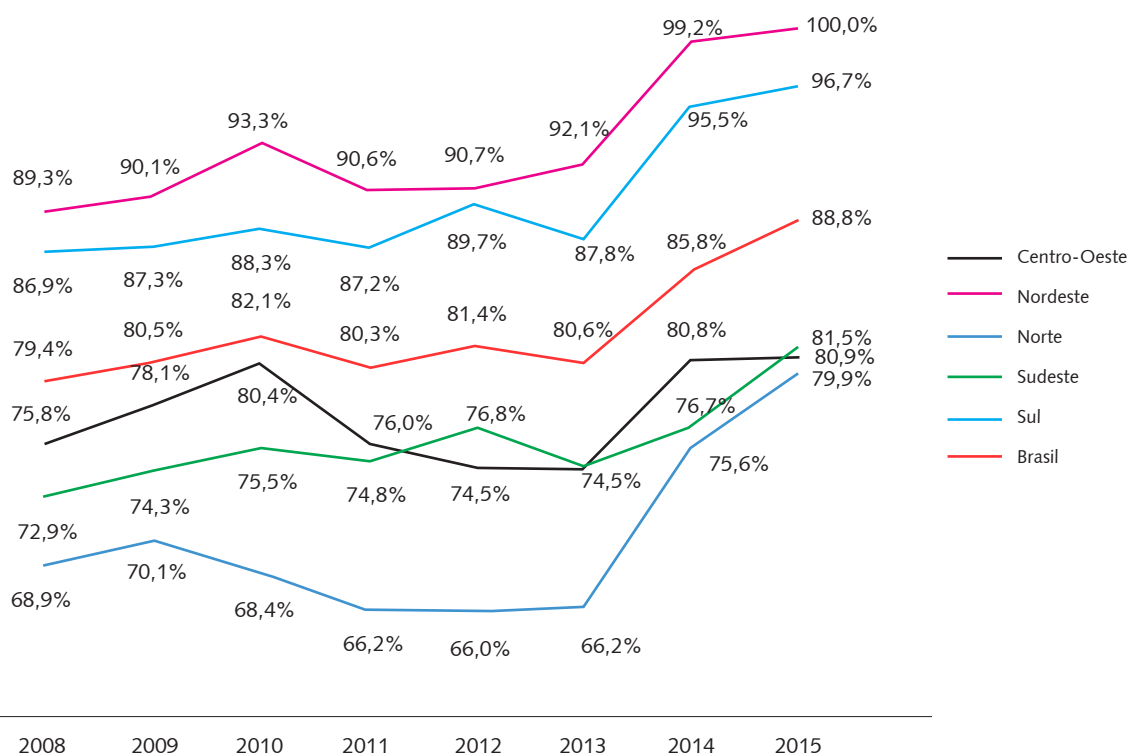


Gráfico 4. Estimativa de cobertura populacional da atenção básica no Brasil entre os anos de 2008 e 2014.

De 2013, ano de criação do PMM, a 2015, a cobertura no Brasil passou de 80,6% a 88,8%, o que representa um crescimento médio, anual, quatro vezes maior que o crescimento médio dos cinco anos anteriores. É interessante notar, também, que a região Norte, que possuía a pior cobertura e era a única que havia reduzido a mesma no último período, foi aquela que teve o maior aumento de

cobertura após o PMM: 13,7%, praticamente igualando, agora, a cobertura total das regiões Centro-Oeste e Sudeste.

De modo semelhante, a ampliação da cobertura da ESF estava estagnada, particularmente de 2010 a 2013 (gráfico 5). Nos últimos dois anos, já com o efeito do PMM, a cobertura da ESF apresentou um crescimento de 9%, enquanto nos cinco anos anteriores o crescimento foi de 7%. A média de crescimento anual dos dois últimos anos foi quatro vezes maior que a dos três anos anteriores à criação do programa.

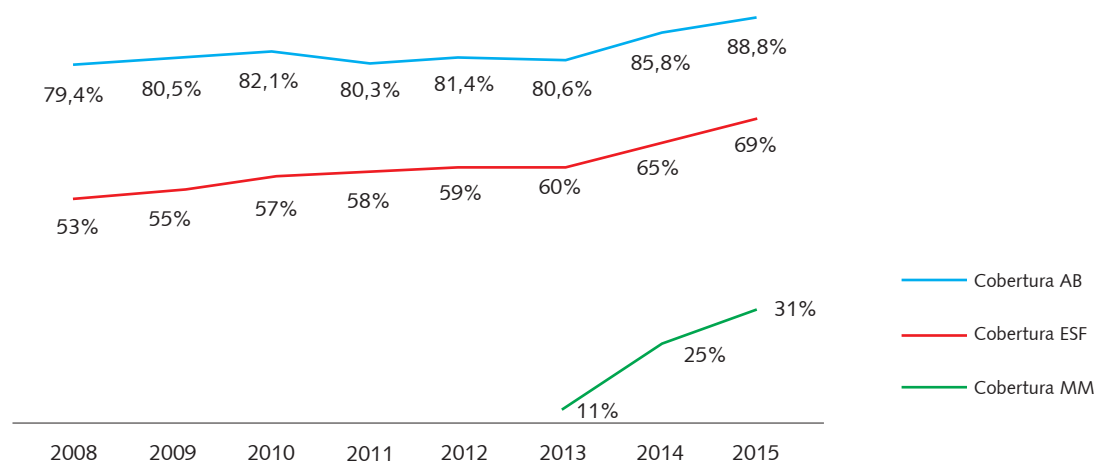


Gráfico 5. Estimativa de cobertura populacional da atenção básica, da Estratégia de Saúde da Família no Brasil e das equipes com médicos do PMM entre os anos de 2008 e 2015.

Em dezembro de 2010, o número de eSF no país era de 31.660 em 5.294 municípios. Em junho de 2013, mês anterior à criação do PMM, esses números eram, respectivamente, 33.998 e 5.298 municípios. Ou seja, num período de, aproximadamente, dois anos e meio foram implantadas 2.388 equipes e apenas mais quatro municípios passaram a ter eSF. Já em dezembro de 2015, aproximadamente dois anos e meio após a implantação do programa, esses números eram de 40.162 eSF e 5.463 municípios. Um incremento de 6.164 equipes, duas vezes e meia a expansão do mesmo período anterior, e 165 municípios optaram por implantar eSF, quarenta vezes o resultado do período anterior.

Considerando apenas as equipes, da ESF e outras, com médicos do PMM, a cobertura populacional proporcionada por elas alcança 63 milhões de pessoas (31% da população).

A diferença mostrada entre a cobertura das equipes com médicos do PMM e o aumento constatado na cobertura de AB e da ESF se deve, justamente, ao fato de que, aproximadamente, um terço dos médicos do programa integraram novas eSF, e os outros dois terços integraram eSF que já existiam, mas que não contavam com médicos ou a presença dos mesmos era insatisfatória, além de possuir, é claro, um número pequeno de médicos em equipes não ESF¹³.

Ampliação do acesso da população à Atenção Básica

A ampliação do acesso da população à AB, além da ampliação da cobertura apontada na sessão anterior, pode ser percebida tanto nos aumentos significativos do número de consultas nos municípios

participantes do programa quanto nas pesquisas realizadas com gestores e usuários.

Em 2015, foi criada a Rede Observatório do Programa Mais Médicos (ROPMM), composta por pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa de todas as regiões do país no formato de estudos multicêntricos integrados. O relatório da primeira fase da ROPMM²² identifica três achados que apontam para a ampliação e qualificação do acesso: o aumento do escopo de práticas (variedade de ações e serviços oferecidos) desenvolvido nas equipes e UBS com médicos do programa; aumento da oferta de procedimentos coletivos e de visitas domiciliares, e a estabilização de consultas programadas a grupos específicos; e o aumento do número de consultas no Brasil, em especial, nos municípios participantes do programa²².

O aumento do escopo foi identificado a partir da análise das bases de dados das avaliações do primeiro e segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), sobretudo em ações como extração de unhas e sutura de ferimentos. Trata-se de um achado importante por indicar o aumento da capacidade de resolver na UBS, perto da casa do cidadão, situações que antes exigiriam atendimento em urgências ou, mesmo, em hospitais, na maioria das vezes distantes dos usuários²².

Além disso, analisando de maneira combinada os dados do SIAB, eSUS e também do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), conforme protocolo de validação estabelecido que considera o SIA para UBS sem eSF e um destes sistemas para cada eSF²², houve aumento significativo no número de ações coletivas e visitas domiciliares; e também foi identificada uma expressiva diminuição da oscilação do número de consultas mensais para usuários com diabetes e hipertensão, indicando maior programação das ações por parte da equipe e melhora da adesão dos usuários às ações ofertadas²².

Com relação ao número total de consultas na ESF, calculado também a partir do protocolo de validação que combina para cada eSF os sistemas eSUS, SIAB e SIA, a pesquisa identificou um aumento de 29% no número de consultas médicas quando comparados os meses de janeiro de 2013 e janeiro de 2015. Nos municípios participantes do PMM, esse crescimento foi de 33% e, nos demais, de apenas 15%. O aumento foi atribuído: à implantação de novas eSF, ao fato de diversas eSF que já existiam terem passado a contar com médicos atendendo regularmente, e à constatação de que as eSF do PMM ofereciam à população mais consultas médicas num mesmo dia de atuação²².

Reforçando esses achados, um estudo de caso coordenado pela OPAS no município de Curitiba, que, além de analisar as bases de dados dos sistemas de informação nacional e do município, entrevistou gestores e profissionais, constatou que os médicos do PMM ocuparam vagas nas UBS mais necessitadas e aumentaram o número diário de consultas²³.

Outra pesquisa que reforça os mesmos achados foi realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco (UFMG/IPESPE)^(h), que entrevistou usuários, gestores e médicos participantes do programa. Foram visitados 699 municípios. As amostras para entrevistas somaram 14.179 usuários, 391 médicos e 227 gestores, estes últimos não podiam, necessariamente, ser mais de um de cada município.

Com relação a esses gestores, foi identificado que, entre os cinco principais fatores relacionados à avaliação positiva que os mesmos fazem do impacto do programa, três estão relacionados à ampliação do acesso, são eles: ter sempre médicos nas UBS e cumprindo efetivamente a carga horária definida; a ampliação do acesso à população; e o aumento da oferta de consultas.

^(h) Pesquisa avaliação de política pública para saúde no Brasil: Programa Mais Médicos. UFMG e IPESPE. 2015. Mimeio.

Por meio das entrevistas com os usuários, identificou-se que as duas menções espontâneas mais frequentes sobre os pontos positivos do atendimento dos médicos do PMM foram, justamente, o aumento no número de consultas e demais atendimentos médicos e o fato de a unidade começar a ter atendimento médico todos os dias.

Impacto nos indicadores de saúde

Com relação ao impacto nos indicadores de saúde, é importante ter claro que menos de três anos de implementação de uma intervenção como esta é um tempo insuficiente para captar os efeitos em indicadores construídos a partir dos dados dos sistemas de informação do SUS. Contudo, o relatório da ROPMM²² conseguiu identificar redução nas internações hospitalares por causas sensíveis à AB, analisadas a partir do Sistema de Informação Hospitalar, tanto no Brasil quanto nas regiões e em agregados de municípios.

Considerando que a taxa de internação por condições sensíveis à AB vem diminuindo no Brasil de forma sustentada, a pesquisa mostrou que, nos municípios que participam do PMM, esta redução foi 4% mais pronunciada do que nos demais municípios, comparando-se as internações de dezembro de 2013 e dezembro de 2014.

Outro achado importante foi a relação proporcional entre a cobertura populacional com eSF com médicos do PMM e a redução das internações sensíveis à AB: nos municípios com cobertura populacional entre 17% e 36%, a redução foi de 5,8% a mais que nos demais municípios; já naqueles com cobertura populacional maior que 36% a redução no mesmo período chegou a 8,9%²². A pesquisa considerou que seriam efeitos tanto do aumento efetivo da cobertura, garantindo acesso a pessoas que antes não tinham, quanto da ampliação da resolubilidade da AB²².

Reforçando o achado, também o estudo do caso de Curitiba, que utilizou os prontuários eletrônicos e o sistema informatizado local como base de dados, mostrou boa resolubilidade dos médicos do PMM que apresentaram taxas de internação hospitalar e de encaminhamento para unidade de pronto atendimento, respectivamente, de 1,4 por mil consultas e de 4 por mil; enquanto os médicos residentes apresentaram, respectivamente, 2,3 por mil e 6 por mil, e os demais médicos 1,5 por mil e 6 por mil, respectivamente²³.

Avaliação de usuários, gestores e médicos

A Pesquisa da UFMG/IPESPE identificou que 95% dos usuários disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a atuação do médico do PMM. Entre as razões dessa avaliação extremamente positiva, 85% afirmaram que a qualidade do atendimento melhorou; 87% que o médico é mais atencioso, e 82% que a consulta agora resolve melhor seus problemas de saúde. A nota média que os usuários deram ao PMM foi de nove para um máximo de dez.

Quando indagados sobre dificuldades de comunicação, 87% responderam que não tiveram nenhuma dificuldade, e só para 3% ela foi importante. Esses números comparados na mesma pesquisa com médicos brasileiros não participantes do programa, grupo utilizado como controle, resultou em 95% e 2% respectivamente.

Já a pesquisa com gestores mostrou que, antes do PMM, eles davam a nota média de 6,6 para a atenção à saúde da população e, depois de implantado o Programa no município, deram a nota 8,7. Os motivos apontados na própria pesquisa para esta melhora na avaliação são aqueles relacionado à melhoria do acesso, já citado neste artigo, somados à melhoria da qualidade do atendimento e à proximidade e bom relacionamento entre os médicos do Programa e os pacientes.

A mesma pesquisa entrevistou, ainda, médicos brasileiros e estrangeiros do PMM, e encontrou os seguintes resultados: 100% disseram que foram bem recebidos pela comunidade; 98% indicariam o Programa a um amigo; a nota média atribuída à relação com o restante da eSF foi 9,6; a nota dada à supervisão do programa foi de 9,0; e a avaliação do Programa como um todo recebeu nota média de 9,1 em um máximo de dez. Com relação à estrutura das UBS, de maneira geral, considerando estrutura física, equipamentos, medicamentos, imunobiológicos e condições de trabalho, para 65% dos médicos, a estrutura era boa ou ótima. Para 8%, ruim ou péssima e, para os demais, era regular.

Esta avaliação positiva que os médicos participantes do Programa têm sobre o mesmo, a recomendação que fazem aos colegas, e o fato de terem incorporado, em 2015, o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e seus benefícios – como o adicional de 10% na pontuação obtida no concurso de residência para aqueles que após um ano fizeram o mesmo – ajudam a explicar a significativa mudança na adesão dos médicos brasileiros ao Programa.

Ao fim de 2013, ano de criação do Programa, das 3.678 vagas preenchidas no mesmo, apenas 22% foram ocupadas por médicos com registro no Brasil. Contudo, o ano de 2015 experimentou recordes de inscrições de médicos brasileiros com registro no Brasil, em proporções que chegaram a mais de dez candidatos por vaga oferecida, e, nos três chamamentos realizados nesse ano, todas as vagas foram preenchidas por médicos brasileiros: o primeiro chamamento do ano necessitou chamar também médicos brasileiros com registro no exterior, e no segundo e terceiro, todas as vagas foram preenchidas com médicos com registro no Brasil. Assim, não foi necessário lançar, em 2015, edital internacional de chamamento de médicos estrangeiros e nem de ampliar a cooperação com a OPAS. O percentual de médicos com registro no Brasil ao fim de 2015 chegou a 29% dos mais de 18 mil médicos, conforme os dados do DATASUS.

Esse resultado é importante por diversos motivos, entre os quais destacamos quatro: reforça os achados que apontam para a importância da aprovação do Programa pelos médicos brasileiros que nele atuam e que o recomendam; mostra um interesse crescente em participar do PMM; aumenta significativamente o número de médicos no Brasil que desenvolvem uma atuação na ESF e são formados para ela, fator importante para a qualidade da prática profissional, seja na AB ou em outra área de atuação; e confere sustentabilidade ao PMM, que passa a ser menos dependente de profissionais estrangeiros.

Conclusão

As evidências disponíveis permitem afirmar que o PMM, em menos de três anos de implantação, alcançou, no eixo provimento, um conjunto de resultados relacionados aos objetivos do programa, tais como: atender a demanda de médicos feita em 2013 e, nos anos posteriores, a demanda dos gestores municipais para expandir eSF e completar as existentes; alocar médicos nas áreas com maior necessidade com equidade na distribuição; ampliar a cobertura da AB e da ESF num volume e velocidade significativamente superior aos anos anteriores; ampliar o acesso da população às ações de AB; elevar o número de consultas e diversificar o escopo de procedimentos de AB; aumentar o ritmo de redução das internações sensíveis à AB; ser bem avaliado por usuários, médicos e gestores; e se constituir como uma alternativa importante de atuação para os médicos brasileiros.

Mesmo com o sucesso do eixo provimento, vale destacar alguns desafios. Os médicos brasileiros ainda escolhem e atuam num número de municípios bem menor em relação aos locais onde os brasileiros formados no exterior e, em especial, os estrangeiros, se propõem a atuar. Isso faz, por exemplo, com que todos os DSEI tenham hoje equipes completas, por primeira vez, graças aos médicos estrangeiros. Além disso, o tempo médio de permanência e a taxa de desistência dos médicos brasileiros no programa é maior. Esses dois fatores apontam para a necessidade de se contar com os chamamentos internacionais e a cooperação com a OPAS ainda por um bom tempo.

Outra questão a destacar é que, a partir de 2016, uma importante ação do PMM relacionada ao eixo formação, que é a expansão da Residência de Medicina de Família e Comunidade com vias à universalização do acesso a todos os médicos formados, reforçará o eixo provimento, melhorando o acesso e a qualidade na AB à saúde da população. Com efeito, se a expansão da residência acontecer a contento, é possível que o eixo provimento já atinja patamares próximos do teto e, a partir desse momento, seja direcionado cada vez mais aos municípios e regiões menores, mais distantes e com maiores dificuldades de atrair profissionais.

Por fim, vale lembrar que, para termos médicos na quantidade necessária e com a formação adequada às necessidades de nossa população, é fundamental o alcance dos objetivos do eixo formação. O Brasil precisa ampliar a quantidade de médicos e melhorar a qualidade da sua formação

para poder responder às razões que exigiram a criação do PMM, e para que o país possa avançar mais e de modo consistente no caminho de garantir o direito à saúde por meio de um sistema público, gratuito, universal, integral, equânime e com participação popular.

Colaboradores

Todos os autores colaboraram ativamente na discussão dos resultados, na revisão e na aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 24 Out 2011.
3. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah IM, Wau Der Maas L, Campos LAB. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; 2011. p. 171-86.
4. OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2011 [citado 20 Abr 2016]. Disponível em http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en
5. Ministerio de Salud (AR). Médicos en Argentina Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud [Internet]. Buenos Aires; 2014 [citado 20 Abr 2016]. Disponível em: http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/Adjuntos%20Fuerza%20de%20Trabajo%20FT/Informe_Medicos_2012_Argentina_04.08.2014.pdf.
6. Poz MRD, Pierantoni CR, Girardi, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: Fiocruz. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3, p. 187-233.
7. Scheffer M, Cassenotte A, Biancarelli A. Demografia Médica no Brasil: 2013. 256p cenários e indicadores de distribuição [Internet]. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, [acesso em 20 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>.

8. Aaron Y, Chaudhry HJ, Thomas JV, Dugan M. A Census of actively licensed physicians in the United States. *J Med Regulation*, 2012; 99(2):11-24.
9. General Medical Council. The state of medical education and practice in the UK, 2012 [Internet]. 2012 [citado 20 Abr 2016]. Disponível em: http://www.gmc-uk.org/The_state_of_medical_education_and_practice_in_the_UK_2012_0912.pdf_49843330.pdf
10. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saúde Debate*. 2014; 51:105-120.
11. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araujo SQ, et al. Mais Médicos: um Programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 2.206 de 14 de Setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. *Diário Oficial da União*. 19 Set 2011.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
14. Côrtes SV. Contribuições teóricas e à pesquisa empírica da Sociologia às políticas públicas. *Rev Bras Sociol*. 2013; 1(1):35-56.
15. Ramos M. Aspectos conceituais e metodológicos da avaliação de políticas e programas sociais. *Planej Polít Públicas*. 2009; 32:95-114.
16. Costa G, Dagnino R, organizadores. *Gestão estratégica de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora T+8; 2008.
17. Resolução nº 01 da Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de 02 de outubro de 2015. Metodologia de autorização da quantidade de vagas para cada município do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*. 06 Out 2015.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 39, de 08 de junho de 2013. Adesão de Médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*. 08 Jun 2013.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 02, de 15 de janeiro de 2015. Adesão de médicos aos programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde – Projeto Mais Médicos para o Brasil e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*. 15 Jan 2015.
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.602, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. *Diário Oficial da União*. 11 Jul 2011.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
22. Rede Observatório Programa Mais Médicos. Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos até 2014 [Internet]. 2015 [citado 10 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos>
23. OPAS. Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas [Internet]. 2015 [citado 10 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos>

Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. Programa Más Médicos: evaluación de la implantación del Eje de Provisión de 2013 a 2015. Interface (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1087-101.

El Programa Más Médicos fue creado en 2013 para enfrentar desafíos que condicionaban la expansión y el desarrollo de la Atención Básica (AB), principalmente la insuficiencia y la mala distribución de médicos y el perfil de formación inadecuado a las necesidades de la población. El programa se compone de tres ejes: provisión de emergencia, calificación de la infraestructura y cambio de la formación. En este artículo realizamos análisis documental, análisis de bancos de datos oficiales y revisión de literatura con el objetivo de evaluar los resultados de la provisión de médicos alcanzados hasta 2015. Identificamos avances importantes en la asignación de los médicos con equidad, en la ampliación de la cobertura de la AB, en la ampliación del acceso de la población a las acciones de atención básica, en el impacto en los indicadores de salud y en la evaluación positiva que usuarios, médicos y gestores realizan del programa. En la conclusión se señalan desafíos enfrentados por el programa para alcanzar efectivamente sus objetivos.

Palabras clave: Atención básica de salud. Escasez de médicos. Programa Más Médicos.

Submetido em 05/07/16. Aprovado em 06/12/16.

Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos

Luciano Bezerra Gomes^(a)
Emerson Elias Merhy^(b)

Gomes LB, Merhy EE. An analysis of the Brazilian medical associations struggles confronting the More Doctors Program. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1103-14.

We sought to analyze the political agenda of the main Brazilian national medical entities and their struggles around the More Doctors Program implemented by the Brazilian Ministry of Health. It is a research of qualitative nature, of exploratory level and of analytical character, based on several sources presenting positions of these entities, from May 2010 to December 2014, and in press publications, from June 2013 to December 2014, systematized according to categories elaborated from the analysis itself. We identified that the Brazilian medical entities performed intense joint action integrating interests directed to the public and private sectors. The apogee took place between June and October of 2013, through mobilizations of resistance to the More Doctors Program. However, we note that divergences around the struggles against this Program have weakened the political links of these entities that had been built in recent years.

Keywords: Physicians. Medical associations. Governmental programs. Foreign graduate doctors. Regional medical programs.

Buscamos analisar a agenda política das principais entidades médicas nacionais brasileiras e suas lutas em torno do Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde do Brasil. Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, de nível exploratório e de caráter analítico, baseada em diversas fontes que veicularam posições dessas entidades, de maio de 2010 a dezembro de 2014, e em publicações da imprensa, de junho de 2013 a dezembro de 2014, que foram sistematizadas segundo categorias elaboradas a partir da própria análise. Identificamos que as entidades médicas brasileiras realizaram intensa atuação conjunta, integrando interesses voltados aos setores público e privado. O apogeu se deu entre junho e outubro de 2013, nas mobilizações de resistência ao Programa Mais Médicos. Entretanto, registramos que divergências em torno das lutas contra este Programa fragilizaram as articulações políticas dessas entidades que haviam sido construídas nos últimos anos.

Palavras-chave: Médicos. Sociedades médicas. Programas governamentais. Médicos graduados estrangeiros. Programas médicos regionais.

^(a) Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. Secretaria do Departamento de Promoção da Saúde/CCM/UFPB. Cidade Universitária. João Pessoa, PB, Brasil, 58051-900. lucianobgomes@gmail.com
^(b) Centro de Ciências da Saúde, Campus de Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Macaé, RJ, Brasil. emerhy@gmail.com

Introdução

A atuação política dos profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS) é um de seus aspectos mais marcantes, sendo relevante a contribuição que diversas organizações deram ao longo das décadas, na luta da Reforma Sanitária no Brasil. Dentre as várias categorias, um diferencial se identifica em relação ao papel assumido pelos médicos, visto a medicina ter um papel central na maneira como o trabalho em saúde se desenvolve, por ser a profissão que tem apresentado, ao longo do tempo, maior potencial de construir diferentes planos de configuração da atenção à saúde¹⁻³.

Nas últimas décadas, entretanto, importantes transformações produziram tensões no trabalho médico, em aspectos que vão desde os interesses econômicos relacionados à medicina até as relações micropolíticas no trabalho em saúde. Algumas das mais relevantes foram:

- houve considerável mudança no padrão de acumulação econômica no setor saúde, à medida que o capital financeiro passou a apresentar investimentos crescentes na forma de seguro-saúde e Atenção Gerenciada (*Managed Care*), levando à constituição de lógicas diferentes das impressas pelo capital industrial, que tinha lucro à medida que uma quantidade maior de serviços e procedimentos era realizada; nas formas recentes de organização do capital na saúde, esta relação de lucro se inverteu, sendo melhor, para sua expansão, que uma maior quantidade de pessoas vinculadas às empresas consuma o mínimo possível dos serviços disponíveis^{4,5};
- a inserção do médico no mercado de trabalho tem levado a um processo de assalariamento sem, contudo, levar a uma proletarização deste profissional ou a uma total perda de autonomia desta categoria, que continua a apresentar dimensões do seu trabalho que não são capazes de serem controladas pelo empregador, e cujos níveis de liberdade são, inclusive, coerentes com os interesses capitalistas atuais^{4,6-10};
- as relações dos médicos com os demais trabalhadores da saúde têm sofrido transformações, pois, ao mesmo tempo em que os médicos têm de produzir adaptações no seu trabalho, para garantir os seus níveis de autonomia, têm também passado por disputas pela hegemonia do conhecimento e da atuação nos serviços de saúde, vendo parte das ações que antes lhes eram exclusivas serem desenvolvidas por outras profissões¹¹⁻¹⁵;
- a expansão da oferta de cursos de graduação em medicina tem apontado para uma possível situação futura de pressão por parte do mercado, o que tenderia a reduzir os níveis de remuneração da categoria².

Além destas, outras transformações poderiam ser identificadas em relação aos fatores sociais que medeiam o desenvolvimento do trabalho médico em nossa sociedade. Diante deste contexto, consideramos fundamental compreender as maneiras como estão se dando as modificações na constituição política da corporação médica. Nesse sentido, desenvolvemos uma pesquisa de doutorado, realizada junto à linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, no Programa de Pós-graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, contando com Bolsa de Doutorado da CAPES. Este estudo também está vinculado a uma série de pesquisas sobre a genealogia e os efeitos do Programa Mais Médicos, vinculada ao Observatório de Políticas e Cuidados em Saúde, o qual tem apoio do CNPq.

O presente artigo é parte deste conjunto maior de estudos, e ele tem por objetivo analisar como se deu a luta das entidades da categoria médica contra uma das principais políticas dos SUS que se debruçou sobre as especificidades desta profissão: o Programa Mais Médicos.

Em julho de 2013, em meio a manifestações nas ruas de todo o país, o governo brasileiro lançou o Programa Mais Médicos para o Brasil. Sua face mais visível foi a provisão emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros em equipes de atenção básica que não tinham este profissional, vinculando-os a um curso de especialização mediante bolsas de estudos. A prioridade foi para regiões pobres, de baixa densidade demográfica ou periferias dos grandes centros urbanos. O Programa também busca incrementar o número de médicos no país expandindo vagas de graduação e residência médica¹⁶⁻¹⁸.

O número inicial de brasileiros e estrangeiros que aderiu espontaneamente ao Programa foi muito menor do que o necessário, com a grande maioria dos participantes sendo composta por médicos cubanos, que vieram por meio de um termo de cooperação celebrado pelo Ministério da Saúde do

Brasil com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), e desta com o *Ministerio de Salud Pública de Cuba*¹⁶.

O Programa Mais Médicos sofreu grande resistência das entidades médicas brasileiras, que tentaram inviabilizá-lo nas esferas políticas, jurídicas e perante a opinião pública¹⁹. Como tais movimentos de resistência não foram suficientemente estudados, consideramos relevante tentar compreender como se deu essa luta das entidades. Até por a considerarmos um analisador, capaz de contribuir no entendimento da maneira como tem se constituído a atuação política da categoria médica no Brasil. Como já afirmara Gastão Campos, analisando as transformações ocorridas no movimento médico entre o final da década de 1970 e início de 1980, em meio a grandes ações da categoria, “nestes momentos de intensa mobilização, quando os ânimos se exacerbam, quando a vontade de luta é posta à prova a cada momento, pode ser rica a análise das posturas e da política da categoria em movimento; tudo que é acessório ou secundário tende a ser abandonado”³ (p. 37).

Concentramo-nos na identificação dos aspectos diretamente relacionados às ações das entidades: as agendas desencadeadas, as articulações políticas realizadas, as mobilizações operadas, as contraofensivas desencadeadas, etc. Desse modo, procuramos inventariar, tematizar e analisar o modo como se deram as lutas políticas das entidades em torno do Mais Médicos.

Materiais e métodos

Optamos por analisar a atuação das entidades nacionais dos médicos, por elas serem as tradicionais organizações formais de representação da categoria. Para tanto, entre outros autores, foram-nos úteis as contribuições de:

1 Campos, em cuja pesquisa se abordava “a prática dos médicos enquanto realizada por meio de sua categoria profissional enquanto um movimento da corporação”³ (p. 22-23);

2 a noção de sujeito coletivo, conforme formulada por Eder Sader, como sendo uma “coletividade onde se elabora uma identidade e se organizam práticas através das quais seus membros pretendem defender seus interesses e expressar suas vontades, constituindo-se nessas lutas”²⁰ (p. 55);

3 bem como algumas concepções de Maria da Glória Gohn, em seus estudos sobre os movimentos sociais e suas novas configurações^{21,22}. Agregando tais proposições, dedicamo-nos a pesquisar de que modo o movimento médico estaria atuando politicamente, desenvolvendo lutas sociais que colocariam demandas, e como realizaria ações coletivas visando impactar na construção de processos culturais relevantes na dinâmica dos atores sociais do setor saúde.

Entretanto, percebemos, na produção acadêmica da saúde, que eram escassas as investigações com tal ênfase. Uma evidência disso: realizamos, em 10 de março de 2015, uma busca no portal da Biblioteca Virtual em Saúde – Bireme utilizando, no método integrado de busca, os termos “médicos” e “política”, os quais foram pesquisados em todos os campos dos textos indexados naquela base. Foram selecionados 24.441 referências. Em seguida, utilizamos os filtros seguintes, relacionados aos assuntos principais dos textos inicialmente selecionados: Médicos, Política, Sociedades médicas, Formulação de políticas ou Sistema Único de Saúde; esperava-se que fossem identificadas as publicações que tivessem quaisquer destes termos. Especificamos, também, os que tivessem como país ou região de assunto o Brasil, podendo ter sido publicados em quaisquer idiomas. Apareceram 103 referências, sendo cinquenta artigos, 29 monografias, 23 teses e um caracterizado como “não convencional”. Ao analisarmos os resumos desses materiais disponíveis, identificamos que raros eram os que se referiam a aspectos voltados a uma visão política da categoria médica ou de suas entidades. E os que o faziam, ou eram estudos realizados há mais de vinte anos, ou eram mais recentes, porém, que se voltavam às especificidades da atuação profissional nas primeiras décadas do início do século XX, de caráter mais histórico.

Diante dessa dificuldade relacionada à baixa quantidade de pesquisas disponíveis para embasar a discussão e comparação dos resultados, resolvemos desenvolver uma pesquisa de natureza qualitativa, de nível exploratório e de caráter analítico²³. Entre as entidades, as que se apresentaram como mais relevantes, considerando os objetivos do estudo, foram: o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Federação Nacional dos Médicos (FENAM).

Em relação à abrangência temporal a ser considerada na pesquisa, como não havia estudos prévios que pudessem contribuir com um critério externo validado a fim de melhor especificar o recorte temporal da análise, a busca de fontes começou a ser feita considerando, como ponto de partida, o mês de janeiro de 2011, por ser o início de uma nova gestão do governo federal, do Congresso Nacional e de governos e parlamentos estaduais, os quais são importantes interlocutores na construção das disputas políticas da categoria. Entretanto, inúmeras referências, nos próprios materiais analisados, indicavam como momentos relevantes para a rearticulação política da categoria: a organização do XII Encontro Nacional de Entidades Médicas (ENEM), em julho de 2010, e a realização da Mobilização Nacional pela Valorização do Médico e da Assistência em Saúde no Brasil, em outubro de 2010. Nesse sentido, tomamos, como ponto de partida das análises, o mês de maio de 2010, evidenciando as articulações para realização desses eventos, permitindo uma compreensão mais ampla das lutas das entidades. E, como momento final da análise, definimos o mês de dezembro de 2014, por caracterizar o encerramento do ciclo de governos eleitos em 2010, e completar 18 meses do lançamento do Programa Mais Médicos.

As fontes definidas visavam abranger as mais variadas formas que os dirigentes das entidades médicas nacionais utilizaram para explicitar suas posições, ações e articulações na sua atuação política. Sendo assim, foram analisados:

- o livro em comemoração aos sessenta anos da AMB, publicado em 2011;
- vídeos com entrevistas de lideranças das entidades médicas nacionais em programas de televisão de alcance nacional, especialmente, dos Presidentes do CFM e da AMB;
- vídeos institucionais das entidades disponibilizados no Youtube;
- Notas e Manifestos divulgados pelas entidades;
- livro em comemoração aos quarenta anos da FENAM, publicado em 2014;
- ata com as intervenções dos Presidentes da AMB, da FENAM e do 1º Vice-Presidente do CFM na 259ª Sessão da Câmara dos Deputados, Extraordinária, ocorrida em 4 de setembro de 2013, que teve como pauta o Programa Mais Médicos;
- duas petições e os pareceres da Procuradoria Geral da República referentes a propostas de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) do Programa Mais Médicos junto ao Supremo Tribunal Federal (STF);
- vídeos com a íntegra das intervenções dos Presidentes da Associação Brasileira de Educação Médica, da FENAM, do CFM e da AMB, além do 1º Tesoureiro da AMB, na audiência pública sobre o Programa Mais Médicos, realizada no Supremo Tribunal Federal, em 25 e 26 de novembro de 2013.

Além desses materiais, foram analisados os jornais das entidades divulgados entre os meses de maio de 2010 e dezembro de 2014. O Jornal Medicina, do CFM, tem periodicidade mensal e é encaminhado para todos os médicos que atuam no Brasil; o Jornal da Associação Médica Brasileira (JAMB) é uma publicação bimensal recebida pelos médicos associados à AMB; a FENAM, no período, apresentou uma revista e um jornal com periodicidade irregular e poucos números. Totalizaram, neste período, 56 edições do Jornal Medicina, 28 edições do JAMB e dez exemplares publicados pela FENAM.

Durante o primeiro semestre de 2015, todas estas fontes foram analisadas conjuntamente. Em relação aos jornais, para cada edição, foram observados os destaques da capa e lidas, na íntegra, todas as matérias publicadas. As matérias identificadas como relacionadas aos aspectos políticos da atuação das entidades médicas foram lidas em profundidade, sendo realizados fichamentos em que constavam os aspectos principais abordados em seus conteúdos, além de apontados elementos relacionados a este contexto. Tais fichamentos, inicialmente, foram agregados segundo ordem cronológica dos eventos a que eles se referiam. Em seguida, todo o material assim organizado foi sistematizado a partir de categorias elaboradas indutivamente, segundo os próprios aspectos políticos da atuação das entidades médicas, que foram se elucidando perante a análise desenvolvida^{24,25}.

Ainda, procedemos uma busca no *website* do jornal Folha de São Paulo, publicação diária cuja versão impressa é a de maior circulação nacional, utilizando o termo “mais médicos” e filtrando os artigos da seção de “opinião”. Identificamos oito artigos de membros das entidades, publicados até dezembro de 2014, que também foram analisados.

Cotejando todos esses materiais, identificamos que uma fonte prioritária para a elucidação da luta política das entidades eram os seus jornais, especialmente os do CFM e da AMB. Isso, por identificarmos que as análises veiculadas pelas entidades nessas suas publicações eram coerentes com as que elas defenderam em outros meios de divulgação e que sustentaram nos espaços públicos de debate e disputa política.

Visando, ainda, identificar aspectos relevantes do contexto político relacionado ao Programa Mais Médicos não veiculados nessas fontes, procedemos à leitura sistemática de três publicações de circulação nacional que abordam temas da política, economia e sociedade como um todo, editadas entre os meses de junho de 2013 e dezembro de 2014: a Revista Carta Capital, publicação semanal, e as revistas mensais Caros Amigos e *Le Monde Diplomatique* Brasil. Nessa análise, em parte, conseguimos também identificar como outros atores políticos da sociedade, para além das entidades, participaram desta disputa.

Com tais estratégias metodológicas, evidenciamos a maneira como a agenda política dos médicos se constituiu e como suas reivindicações se desenvolveram nas suas lutas, no período em questão.

Resultados e discussão

Inicialmente, salientamos que, nos três anos que antecedem o lançamento do Mais Médicos, período de tempo que cobre a análise realizada nesta pesquisa, as entidades médicas brasileiras realizaram intensa atuação conjunta, em torno de uma agenda comum ampla e complexa, em que conseguiram integrar interesses da categoria voltados aos setores público e privado. Nestes anos, as entidades desencadearam ações caracterizadas por:

1 desenvolvimento de diversas medidas regulatórias sobre a atuação da própria categoria médica como uma parte relevante da atuação política das entidades;

2 intensa integração entre as entidades, em sentidos vertical e horizontal, de modo que as várias organizações pudessem potencializar seus recursos para finalidades comuns;

3 relevante papel de instâncias articuladoras que operaram na construção integrada das lutas e agendas, especialmente, da Comissão de Assuntos Políticos, da Comissão Nacional de Saúde Suplementar e da Comissão Nacional Pró-SUS, as quais também assumiram o papel de ampliar as articulações com os parlamentares e instituições do Estado e da sociedade civil, visando agregar apoios às lutas da categoria. A explicitação de todas essas medidas, entretanto, extrapola os limites deste texto. Aos interessados nesse aspecto, sugerimos acessar a tese que deu origem ao artigo²⁶.

Não obstante, consideramos ser possível caracterizá-lo como um período em que houve uma grande capacidade de construção de consensos por parte das forças sociais hegemônicas na medicina que operaram por dentro das entidades, a ponto de, sem desconsiderar eventuais divergências, nos permitir uma análise da corporação médica em conjunto, quando olhamos a partir da lente das entidades. Nessa perspectiva, o intervalo que vai do mês de junho a outubro de 2013, caracterizado pela resistência ao Programa Mais Médicos, marcou não o surgimento, mas o momento em que as mobilizações unificadas das entidades médicas chegaram ao seu apogeu, dentro do período estudado nesta pesquisa.

A disputa em torno de aspectos centrais relacionados ao Programa, é necessário registrar, antecedeu seu lançamento. Há muito, as entidades médicas produziam ações contra a revalidação de diplomas de médicos emitidos no exterior, contra a ampliação de vagas de ensino de graduação em medicina, em defesa de uma carreira pública nacional para os médicos atuarem no SUS, entre outras. Entretanto, a luta contra o Programa Mais Médicos permitiu unificar estas e outras agendas, num momento em que toda a sociedade brasileira passava por intensas mobilizações sociais²⁷. A seguir, são apresentadas as posições das entidades quanto ao Programa, que foi criado mediante um ato normativo do Governo Brasileiro, na forma da Medida Provisória nº 621 de 2013 (MP 621/13).

Segundo a AMB, a MP 621/13 tentou implementar a “Medicina dos Pobres”. Ao mesmo tempo, a entidade afirma que “está mais do que comprovado que o desempenho da maioria dos médicos

formados no exterior não corresponde às necessidades do mercado brasileiro, por apresentarem uma formação altamente deficiente”²⁸ (mai-jun 2013, p. 16)^(c), criticando, especialmente, a formação médica de Cuba e Bolívia.

Na visão do CFM, “nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população”²⁹ (jun 2013, p. 3).

Já a Academia Nacional de Medicina (ANM) e a Federação Brasileira das Academias de Medicina (FBAM) caracterizaram o governo brasileiro como autoritário, e criticaram a MP 621/13 e os vetos à Lei do Ato Médico, modo como ficou conhecido o Projeto de Lei que propunha a regulamentação da profissão médica⁹.

Também, muitas das escolas médicas reagiram à MP 621/13, seja ao seu conteúdo ou à forma como se conduziu a sua construção, tendo sido determinada posição contrária à MP 621/13 pela Associação Brasileira de Educação Médica²⁹.

Em texto assinado conjuntamente, a AMB, FENAM, CFM, FBAM e a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR) consideraram que a MP 621/13 propunha criar uma medicina para os ricos e outra para os pobres, além de representar grave risco à saúde da população e piorar a formação médica²⁹.

Consideramos que o motivo central dessa reação foi a tentativa de o governo interferir na autorregulação da categoria médica, com potencial impacto na definição do mercado de trabalho dos médicos. Entre as ações desencadeadas, as entidades criaram um Comitê Nacional de Mobilização, que se reuniu sistematicamente, publicando notas e materiais voltados para a categoria e a sociedade como um todo. Afastaram-se das câmaras técnicas e comissões governamentais em que participavam, e desenvolveram intensa atuação junto ao legislativo, visando impedir a aprovação da lei que regulamentaria o Programa, realizando reuniões com parlamentares e atos públicos no Congresso Nacional. Lançaram documentos e cartilhas em que afirmavam ser inconstitucional o Mais Médicos, além de terem circulado, em julho de 2013, uma edição do Jornal Mobilização Médica, publicação integrada das entidades, encaminhada a todos os médicos do país.

Realizaram, também, diversas reuniões com centenas de lideranças das entidades médicas, ao longo dos meses que sucederam o lançamento do Programa, com destaque para um Encontro Nacional de Entidades Médicas Extraordinário, ocorrido de 08 a 10 de agosto de 2013. Nesses momentos, além de analisarem a conjuntura política, as entidades coordenaram ações em todo o território nacional. Em 03 de julho de 2013, ocorreram os primeiros protestos, nos níveis estaduais, contra a vinda de profissionais estrangeiros pelo Mais Médicos. Naquele mesmo mês, ocorreram outros protestos e manifestações públicas dos médicos, em várias regiões do país, nos dias 16, 23, 30 e 31 de julho, contra a MP 621/13 e os vetos à Lei do Ato Médico²⁹.

Não obstante, em agosto de 2013, o Congresso Nacional manteve os vetos da Presidenta à Lei do Ato Médico e, em outubro de 2013, a MP 621/13 foi aprovada pela Câmara dos Deputados e Senado Federal^{28,29}.

Além da disputa contra o governo federal e da tentativa de convencer os parlamentares e a população da inadequação do Programa Mais Médicos, identificamos três outras estratégias relevantes desenvolvidas pelas entidades médicas: o questionamento da atuação dos médicos cubanos no país; a judicialização da disputa; e a tentativa de desgastar o Programa na sua implementação. Sumariamente, abordaremos esses aspectos a seguir.

^(c) Como foram analisados dezenas de números dos jornais Medicina e JAMB, as referências ao final do artigo indicam apenas o mês do primeiro e do último volume consultados. Entretanto, para permitir a identificação precisa da fonte, quando ocorrerem citações literais de trechos dessas publicações, além da referência numérica, será especificado o mês e ano da publicação entre parênteses.

Estratégias contra o Mais Médicos

A crítica das entidades médicas brasileiras à atuação dos médicos cubanos antecede ao Mais Médicos, tendo sido elaborada, especialmente, a partir das missões desses profissionais na Venezuela e na Bolívia, além de uma experiência anterior de atuação de cubanos no estado brasileiro do Tocantins²⁹. Afirmou-se que “os médicos cubanos demonstraram estar despreparados para atender populações com perfil de risco de saúde mais complexo e diferente do que eles estavam habituados a lidar na ilha caribenha”²⁸ (set-out 2013, p. 15).

Também se afirmou que, dentre os principais motivadores desse Programa, estariam os interesses políticos entre os governos do Brasil e de Cuba, para reforçarem os cofres do governo da ilha²⁸.

Enfatizou-se que os médicos cubanos teriam cerceados seus direitos básicos, como o de ir e vir e de terem relações afetivas livres, visto que seriam proibidos de casar com brasileiros ou de engravidarem durante a estada no país. Ainda, que sofreriam coerção de membros do governo cubano, que faziam parte da equipe de gestão do Programa, no Brasil, podendo ter seu passaporte retido pelas autoridades cubanas. Isso caracterizaria, segundo as entidades, um regime de semiescavidão, condição que não é permitida pela constituição brasileira. Tanto que o CFM afirmou que “é preciso estar alerta para que medidas coercitivas ou limitadoras praticadas em regimes autoritários ou ditatoriais não se reproduzam nos municípios do interior ou nas periferias das grandes cidades”²⁹ (ago 2013, p. 3). Embora com outra tonalidade, críticas às relações de trabalho estabelecidas e ao cerceamento de direitos dos profissionais cubanos que atuavam no Mais Médicos também vieram de lideranças do movimento sanitário³⁰.

Com tais posições, as entidades médicas tentaram deslegitimar a atuação dos médicos cubanos frente à população, além de instigarem ações identitárias e de defesa corporativa entre os médicos brasileiros. Entretanto, essas estratégias parecem ter encontrado um limite ao produzirem desgaste das entidades, por serem relacionadas a atos classificados como de xenofobia por parte de alguns médicos, os quais foram veiculados nos meios de comunicação, em blogs e nas redes sociais.

Diante disso, as entidades mudaram a ênfase das críticas: por um lado, enfatizando que a sua postura não seria xenofóbica e nem contrária à vinda de médicos estrangeiros para atuarem no Brasil, desde que revalidassem seus diplomas; por outro, passaram a defender que o governo brasileiro garantisse, aos cubanos, os mesmos direitos e benefícios dos demais participantes do Programa.

Nesse sentido, afirmaram que a OPAS estaria atuando como intermediadora/exploradora de mão de obra, situação que o CFM teria denunciado à Organização Mundial de Saúde e à Organização Internacional do Trabalho. Esta caracterização da atuação da OPAS foi alvo de resposta das autoridades governamentais brasileiras, que valorizaram a contribuição desse organismo internacional para todos os países americanos. Esta postura das entidades também não surtiu o efeito desejado^{28,29}.

Diante das derrotas sofridas pelas entidades médicas, diversas ações se desencadearam, na tentativa de judicializarem a política, visando dificultar o funcionamento e desgastar a imagem do Programa Mais Médicos. Também buscaram limitar o escopo de atuação dos médicos estrangeiros vinculados ao Programa²⁹.

Mas as medidas desencadeadas naquele contexto permitem afirmar que a principal intenção das entidades era conseguir decretar, por meio judicial, a ilegalidade do Programa. Nesse sentido, destacaram-se duas estratégias: por um lado, acionando e apoiando medidas do Ministério Público Federal e do Ministério Público do Trabalho, com o argumento de que buscavam proteger a população do exercício ilegal da medicina por profissionais que não revalidaram seus diplomas²⁹; por outro, entrando com duas propostas de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), junto ao Supremo Tribunal Federal, desencadeadas em agosto de 2013^{31,32}. Não obstante estas medidas tenham gerado debates e audiências públicas sobre o Programa, até o encerramento desta pesquisa, elas não haviam logrado interromper o Mais Médicos.

As entidades médicas, entretanto, apontaram suas derrotas nesse processo como sendo fruto de uma intensa campanha de *marketing* do governo brasileiro, voltada para desgastar a imagem desses profissionais. Diante disso, elas reforçaram a mobilização da categoria como um todo,

buscando resgatar sua imagem perante os pacientes. Para tanto, a saída seria fortalecer o diálogo com a população, de modo a retomar o valor simbólico dos médicos na sociedade. Além disso, a conversa direta com os usuários visaria desgastar as propostas do governo e, mesmo, convencê-los da necessidade de se mudar o governo federal, no processo eleitoral que ocorreria no final de 2014^{28,29}.

Diante da impossibilidade de impedir a atuação dos médicos estrangeiros vinculados ao Programa Mais Médicos, as entidades desenvolveram três novas modalidades de disputa em relação ao Programa, visando depreciá-lo. Na primeira delas, lançaram mão de sua capacidade de regulação da atuação dos médicos sobre os quais elas têm ingerência direta e, nesse sentido, foram ameaçados ou coagidos médicos brasileiros envolvidos na gestão do Programa ou na supervisão dos médicos estrangeiros^{28,29}. Para tanto, entre outros argumentos, basearam-se no artigo 49 do Código de Ética Médica do Brasil, segundo o qual, é vedado aos médicos “assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens”³³ (p. 91).

A segunda estratégia se concretizou nas denúncias de que o Mais Médicos estaria sendo executado de modo contrário ao que previa sua própria legislação. Sendo assim, como não se pôde derrubar a regulamentação, passou-se a exigir seu integral cumprimento, cobrando todas as cláusulas previstas para identificar situações em que, por não se garantirem as condições requisitadas, se pudesse intervir para paralisar suas atividades. Para desenvolver tais medidas, além do acompanhamento direto realizado pelas entidades, também se dava ampla visibilidade às reportagens veiculadas na imprensa que evidenciassem erros e problemas do Mais Médicos^{28,29}. Ainda, essa segunda linha de atuação tinha uma outra face, delimitada pela acusação da AMB de que o Ministério da Saúde estaria manipulando dados com a finalidade de afirmar que teria ocorrido expansão de acesso e melhoria das condições de saúde em virtude do Mais Médicos. Ou seja, além de dar visibilidade aos problemas existentes, colocava em suspeição a imagem positiva que o governo tentava passar sobre o sucesso do Programa²⁸.

A terceira estratégia buscou apontar que vários profissionais já teriam desistido do Mais Médicos, desde seus primeiros dias de atuação²⁸. Esta medida, entretanto, apenas surtiu algum efeito, provisório, quando da efetiva desistência dos primeiros médicos cubanos vinculados ao Programa. Especialmente, no caso, que foi extremamente explorado midiaticamente – não apenas pelas entidades médicas, mas, também, pelas forças de oposição ao governo federal –, da deserção da médica Ramona Rodriguez, em 04 de fevereiro de 2014^{28,29}.

Essas estratégias descritas acima, embora apontem inflexões nas maneiras de seu desenvolvimento, prolongaram a luta contra o Programa Mais Médicos até o final do período analisado nesta pesquisa. As entidades parecem ter identificado que, como não estavam conseguindo impedir a atuação dos médicos estrangeiros no Brasil, principal foco das tensões nos meses que se seguiram a junho de 2013, seria necessário deslocar suas atenções para outros eixos do Programa Mais Médicos. Isso pode ter se dado, em parte, pela legitimidade que, com o tempo, a presença dos médicos estrangeiros ia ganhando, frente à população que morava nas regiões diretamente beneficiadas pelo Programa¹⁹. Essa aprovação foi considerada, inclusive, a principal motivação para uma retomada da avaliação positiva da Presidenta Dilma Rousseff, após o desgaste de todos os governantes em torno das manifestações que se seguiram a junho de 2013. De modo que o próprio governo brasileiro passou a considerar o Programa como uma das medidas mais relevantes da Presidenta Dilma, e a intensificar ainda mais as campanhas em defesa de sua implantação³⁴.

Diante do fracasso das tentativas de impedir a atuação dos médicos estrangeiros, especialmente dos cubanos, que representavam a imensa maioria destes, as entidades passaram a focar mais a atenção nas críticas aos outros eixos do Programa Mais Médicos, em especial, os voltados para a expansão das escolas médicas e das vagas de graduação, bem como de residências médicas. Para tanto:

- 1 realizaram diversas atividades para discutir a situação do ensino médico;
- 2 criticaram a seleção pública de municípios com intenção de abrir novos cursos de medicina;
- 3 recusaram-se a participar do processo de revisão das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação, rejeitando sua nova versão, que indicou a necessidade de modificação do internato e intensificação do ensino na atenção básica;

4 posicionaram-se contra a expansão das vagas de residência médica, afirmando que não se teria um planejamento adequado e nem ocorreria o necessário investimento em infraestrutura e preceptoria, o que levaria à perda de qualidade e, conseqüentemente, de legitimidade da formação de especialistas^{28,29}.

Constatamos que medidas como essas continuaram a ser desencadeadas até dezembro de 2014. Entretanto, a atuação articulada das entidades médicas, consistentemente construída nos anos de 2010 a 2013, ficou seriamente abalada em virtude de divergências entre a AMB e o CFM na votação da MP 621/13 na Câmara dos Deputados, ocorrida em outubro de 2013²⁹. De modo que, não obstante parte das ações tenha seguido conjuntamente durante algum tempo, a tendência foi a de que se desgastassem intensamente as relações entre as próprias lideranças das entidades médicas nacionais, tendo acarretado, entre outros efeitos, relevante perda na capacidade de se executarem ações coletivas de grande monta em escala nacional. Esta tensão nas relações não tinha sido revertida até o final de 2014, quando se encerrou o período de análise dessa pesquisa. Nesse contexto, havia evidência de perda da capacidade de luta unificada naquele momento, apesar do cenário dos atores continuar aberto para novos jogos de força.

Considerações finais

Quando analisamos a linha mais geral da atuação das entidades médicas nacionais no período estudado, seria possível afirmar que, em boa medida, identificamos: a construção de formulações teóricas, a produção de agendas de lutas e o desencadeamento de ações efetivas que se aproximam, intensamente, do que Gastão Campos havia delineado como sendo as construções da corrente política dos neoliberais^{3,6}. Segundo Campos, esta corrente assumira a condição de força predominante no movimento médico, tentando não apenas representar as várias frações da categoria, como unificar a atuação de suas entidades em torno dos interesses corporativos. Consideramos que tal perspectiva se fortaleceu ainda mais nas entidades médicas, no período em que analisamos nesta pesquisa. Para além disso, acreditamos ser possível afirmar que, mais do que mera continuidade da forma de atuação das correntes neoliberais na saúde, conforme demonstramos, há, pelo menos, um aprofundamento, se não uma efetiva renovação, na maneira de se fazer política por parte do movimento médico que atuou junto às entidades, durante o período aqui em estudo.

Também pudemos identificar que se desenvolveu uma intensa luta das entidades médicas contra o Programa Mais Médicos, envolvendo estratégias extremamente diversas em todo o território nacional. Entretanto, o fato de não terem conseguido interromper o Programa levou a mudanças importantes nas suas atuações em relação ao foco das disputas, durante o processo.

Essas disputas produziram uma relevante mobilização política da categoria médica no segundo semestre de 2013. Entretanto, as relações entre as lideranças das entidades entraram em crise, em virtude das divergências nas posições do CFM e da AMB em torno das negociações da votação da MP 621/2013. Essa tensão entre as entidades, entretanto, permaneceria até o final de 2014, sem que se tivesse clareza sobre se e como seria possível retomar uma atuação unificada dessas organizações num curto e médio prazo.

Identificamos, enfim, que o movimento médico demonstrou uma grande capacidade de atuação, mediando, na maior parte do tempo, a defesa de interesses diversos e fortalecendo sua construção identitária como sujeito coletivo²⁰⁻²², podendo ser caracterizado como um dos mais dinâmicos e potentes movimentos de uma categoria profissional do Brasil recente.

Pelos limites já indicados dessa pesquisa, consideramos que um outro estudo genealógico do movimento médico, com abrangência temporal e intencionalidades distintas das desenvolvidas aqui, poderia identificar melhor as conexões e deslocamentos que existem entre as formas de luta política dessa categoria em uma linha de tempo maior.

Colaboradores

Luciano Bezerra Gomes participou da concepção do projeto, realizou a pesquisa e elaborou a redação final do artigo. Emerson Elias Merhy participou da concepção do projeto, orientou a execução da pesquisa, orientou a elaboração do texto e revisou a redação final do artigo.

Referências

1. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e informação. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2014.
2. Machado MH, organizadora. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. [livro eletrônico] Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
3. Campos GWS. Os médicos e a política de saúde. São Paulo: Hucitec; 1988.
4. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
5. Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. Cad Saúde Pública. 2000; 16(1): 95-105.
6. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 1991.
7. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
8. Campos GWS. Reforma da Reforma: repensando a saúde. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
9. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R; organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 71-112.
10. Cecilio LCO. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. Ciênc. saúde coletiva. 1999; 4(2):315-29.
11. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.
12. Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
13. Ferla AA. Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde. Caxias do Sul: Educ; 2007.
14. Gonçalves RBM. Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico [dissertação]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo; 1979.
15. Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Abrasco; 1994.
16. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu) [Internet]. 2015 Set [citado 2016 Abr 28]; 19(54):623-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>.
17. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança?. Es Anna Nery [Internet]. 2015 Mar [citado 2016 Abr 28]; 19(1): 5-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150001>.

18. Federal nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
19. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2015 Nov [citado 2016 Abr 28]; 20(11): 3547-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103547&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>.
20. Sader E. Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970-80. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988.
21. Gohn MG. Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos. 3a ed. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
22. Gohn MG. Novas teorias dos movimentos sociais. 5a ed. São Paulo: Edições Loyola; 2014.
23. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5a ed. São Paulo: Atlas; 1999.
24. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4a ed. São Paulo: Atlas; 2002.
25. Eco U. Como se faz uma tese. 17a ed. São Paulo: Perspectiva; 2001.
26. Gomes LB. A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas. Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2016.
27. Maricato E, Harvey D, Rolnik R, Braga R, David M, Vainer C, et al. Cidades Rebeldes: Passe Livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. São Paulo: Boitempo: Carta Maior; 2013.
28. Jornal da Associação Médica Brasileira. São Paulo: Associação Médica Brasileira; maio/jun 2010 – nov/dez 2014.
29. Jornal Medicina. Brasília: Conselho Federal de Medicina; maio 2010 – dez 2014.
30. Campos GWS. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface* (Botucatu) [Internet]. 2015 Set [citado 2016 Abr 28]; 19(54):641-2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300641&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0286>.
31. Advocacia Geral da União (BR). Petição Ação Direta de Inconstitucionalidade No. 5035. Brasília. 19 Ago 2013.
32. Advocacia Geral da União (BR). Petição Ação Direta de Inconstitucionalidade No. 5037. Brasília. 26 Ago 2013.
33. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM Nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Diário Oficial da União. 24 Set. 2009; Seç I: 90-2. 13 Out. 2009. Seç I: 173 (retificação em vigor a partir de 13 Abr 2010).
34. Braga R. Sob a sombra do precariado. In: Maricato E, Harvey D, Rolnik R, Braga R, David M, Vainer C, et al. Cidades rebeldes: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. São Paulo: Boitempo: Carta Maior; 2013. p. 79-82.

Gomes LB, Merhy EE. Un análisis de la lucha de las entidades médicas ante el Programa Más Médicos. Interface (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1103-14.

Nuestro objetivo fue analizar la agenda política de las principales entidades médicas nacionales brasileñas y sus luchas frente al programa Más Médicos del Ministerio de la Salud de Brasil. Se trata de investigación de naturaleza cualitativa, de nivel exploratorio y de carácter analítico con base en diversas fuentes que publicaron posiciones de esas entidades, desde mayo de 2010 a diciembre de 2014 y en publicaciones de la prensa, de junio de 2013 a diciembre de 2014, que han sido sistematizadas según categorías elaboradas a partir del propio análisis. Identificamos que las entidades médicas brasileñas realizaron una intensa actuación conjunta integrando intereses enfocados en los sectores público y privado. El apogeo fue entre junio y octubre de 2013 en las movilizaciones de resistencia al Programa Más Médicos. No obstante, registramos que las divergencias alrededor de las luchas contra este Programa fragilizaron las articulaciones políticas de esas entidades que se habían construido en los últimos años.

Palabras clave: Médicos. Sociedades médicas. Programas gubernamentales. Médicos graduados extranjeros. Programas médicos regionales.

Submetido em 04/05/2016. Aprovado em 06/12/2016.

Uso público da razão e argumentação: análise dos debates sobre o Programa Mais Médicos

Juliano de Carvalho Lima^(a)

Lima JC. Public use of reason and argumentation: analysis of discussions about the More Doctors Program. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1115-27.

The objective of this study was to identify the main arguments used during public discussions of the More Doctors Program and analyze the structure of the arguments and their compliance with the rules for critical discussions. Discussions broadcast on television and the Internet involving public and civil society actors were examined. The analysis was based on the pragma-dialectical approach and critical discussion model developed by van Eemeren and Grootendorst. In all the discussions, fallacies in the arguments can be detected, which hinders resolving differences of opinion. These impediments to dialogue also make it difficult to solve concrete problems that could help move the More Doctors Program forward and improve the access of the population to health care.

Keywords: Distribution of physicians. Health policy. More Doctors Program. Argumentation Theory. Pragma-dialectics.

Este estudo tem como objetivos identificar os principais argumentos utilizados durante as discussões públicas sobre o Programa Mais Médicos e analisar a estrutura das argumentações e sua adequação às regras de uma discussão crítica. São analisados debates veiculados na televisão e na internet envolvendo agentes públicos e da sociedade civil. A análise foi realizada a partir da abordagem pragma-dialética de Van Eemeren e Grootendorst e seu modelo de discussão crítica. Em todos os debates são observadas falácias nas argumentações, o que dificulta o avanço no sentido de se chegar à resolução das diferenças de opiniões. Esses entraves no diálogo acabam por dificultar também a resolução de problemas concretos que poderia fazer avançar o Programa Mais Médicos e, assim, melhorar as condições de acesso à saúde da população.

Palavras-chave: Distribuição de médicos. Política de saúde. Programa Mais Médicos. Teoria da Argumentação. Pragma-dialética.

^(a) Fundação Oswaldo Cruz. Avenida Brasil, 4365. Mangueiras. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21040-900. juliano.lima@fiocruz.br

Introdução

Em 2013, o Governo Federal lançou o Programa Mais Médicos, que imediatamente foi alvo de intensa reação das entidades médicas, contrárias ao programa na modalidade proposta pelo governo. Simultaneamente, outro conjunto de movimentos se constituiu em defesa da proposta, incluindo organizações de prefeitos e da sociedade civil e entidades do campo da saúde pública.

Diante da polêmica, proliferaram espaços de debate nas diversas mídias. Nos anos recentes, esse foi um dos temas da área da Saúde que alcançou maior amplitude de discussão, ganhando espaço na sociedade civil.

Essa mobilização chamou atenção para a importância da esfera pública e do debate argumentativo no processo de formulação e implementação de políticas de saúde. Na esfera pública, os indivíduos interagem, debatem as decisões tomadas pelas autoridades públicas, discutem o conteúdo moral das diversas relações existentes na sociedade e apresentam demandas ao Estado. O uso público da razão recoloca a dimensão argumentativa no interior da relação Estado-sociedade, pois aí as opiniões dos indivíduos desenvolvem-se em um processo de debate racional crítico. Em todos os campos nos quais há controvérsia, recorre-se à argumentação para se chegar a um acordo sobre os valores e sua aplicação.

Este estudo explora os debates na esfera pública relacionados ao Programa Mais Médicos. São analisados debates veiculados na televisão e na internet envolvendo membros da sociedade civil e agentes públicos. Os objetivos são identificar os principais argumentos utilizados durante as discussões públicas sobre o programa e analisar a estrutura das argumentações e sua adequação às regras de uma discussão crítica.

A esfera pública e a prática da argumentação

Habermas desenvolveu um modelo de democracia deliberativa pautado na circulação do poder em que resgata a dimensão comunicativa da política¹. Nessa teoria, há uma dupla dinâmica do processo deliberativo: a do processo informal de formação da vontade na esfera pública e a da deliberação política, regulada por procedimentos democráticos. O modelo é a síntese de duas abordagens clássicas da teoria democrática – a republicana e a liberal² – e representa aporte teórico-analítico valioso para a crítica aos pressupostos democráticos que tendem a restringir a ação política a determinados atores e estruturas institucionais, dadas como únicas frente à pluralidade e à complexidade social³.

A esfera pública emerge do processo histórico que levou à ascensão da burguesia, vinculada à expansão da economia capitalista e do Estado moderno, no qual se estabeleceu uma nova forma de relação com o poder quando os indivíduos, reunidos em espaços de interação face a face e diferenciados do Estado, passaram a exigir dos seus governantes justificção moral de seus atos¹. Ela cumpre uma função de integração social, um espaço de relações intersubjetivas de reconhecimento recíproco e possui também uma função política⁴. “As práticas de justificção moral e de legitimação política [...] passam a adotar como critério de ‘verdade’ aquelas razões que puderam obter o consentimento público e o apoio universal de todos os indivíduos”⁴ (p. 150).

A esfera pública assumiu papel ativo junto com os processos formais mediados institucionalmente, com avanço sobre a política que se inicia pela formação da opinião e da vontade nas esferas públicas informais, e deságua, pelo caminho procedimental, nas instâncias formais de deliberação e decisão². É um fluxo comunicacional aberto e permeável, principalmente quando se consideram os avanços das tecnologias da comunicação, que têm criado modalidades inéditas de interação e ampliado os espaços e o alcance de conversações relevantes politicamente⁵.

O uso público da razão estabelece uma relação entre participação e argumentação pública, uma vez que a aceitabilidade racional das políticas é gerada em uma prática argumentativa voltada para o entendimento mútuo^{4,6}.

Habermas procura um conteúdo normativo da prática de argumentação, assumindo pressupostos pragmáticos nos quais os participantes da argumentação precisam se apoiar quando decidem participar de uma busca cooperativa do entendimento. Os pressupostos mais importantes são

inclusividade, distribuição simétrica das liberdades comunicativas, condição de franqueza e ausência de constrangimentos externos ou internos da estrutura da argumentação⁷.

Habermas fornece a âncora teórica para a análise de processos argumentativos que se desenvolvem na esfera pública. No entanto, aspectos concretos da prática argumentativa não são elucidados. “Key questions such as ‘What is an argument?’, ‘What are the standards for reasonableness?’, or ‘What moves in deliberation distort communication?’ are not answered in his work in a manner that has a clear methodological bearing”⁸ (p. 8). É nesse aspecto que a Teoria da Argumentação pode contribuir. “In a way, Argumentation Theory is a development of Habermas’s model by providing a specific set of heuristic tools for analyzing communicative exchanges in a systematic, disciplined yet theoretically faithful manner”⁸ (p. 8).

A pragma-dialética é uma vertente da Teoria da Argumentação que alcançou grande proeminência⁹. Adota uma filosofia crítico-racionalista e busca combinar aspectos descritivos e normativos da análise da argumentação, utilizando elementos da linguística, da Teoria dos Atos de Fala e da Nova Dialética¹⁰⁻¹².

A perspectiva dialética busca explicar as maneiras como os diversos movimentos argumentativos contribuem para resolver uma diferença de opinião.

El mejoramiento de la práctica argumentativa se logra estimulando una actitud orientada a la discusión y promoviendo, a partir de una creciente toma de conciencia de los obstáculos, la comprensión de los prerequisites de procedimiento necesarios para resolver conflictos.¹⁰ (p. 28)

A argumentação é um ato de fala complexo cujo propósito é contribuir para a resolução de uma diferença de opinião ou uma disputa. Um argumento é, portanto, o elenco de enunciados apresentados em defesa de um ponto de vista.

O modelo ideal de estágios de uma discussão crítica serve de ferramenta para identificar em que ponto uma discussão argumentativa é equivocada. Ele facilita a identificação de elementos implícitos e os analisa para clarificar o seu papel no processo de resolução de uma discussão¹³.

O primeiro estágio é o de confrontação, no qual os participantes reconhecem que há uma diferença de opinião. Analiticamente, a mais importante tarefa é identificar os pontos de vista relevantes em oposição e como se relacionam entre si. Deve-se identificar quais são os desacordos e por meio de que argumentos são expressos.

O próximo passo é o estágio de abertura, no qual se decide resolver a diferença de opinião. Aí definem-se os papéis de protagonista, que propõe e defende um ponto de vista, e de antagonista, que questiona o ponto de vista apresentado. Nessa etapa, outros participantes, explícitos ou implícitos, também são identificados como público real ou hipotético, árbitro ou juiz.

Na etapa de argumentação, o protagonista apresenta seus argumentos, destinados a ultrapassar sistematicamente as dúvidas ou refutar as críticas do antagonista. Nessa fase, deve-se avaliar a razoabilidade dos argumentos apresentados. São razoáveis se aceitáveis pelos debatedores como válidos e criarem possibilidades para resolver a diferença de opinião.

Na etapa de fechamento, as partes avaliam em que medida a diferença de opinião foi resolvida. Nesse caso, ou o ponto de vista ou a dúvida/crítica ao ponto de vista deve ser retirado. Um ponto de vista também pode ser atenuado ou alterado parcialmente. Pode até ocorrer de o antagonista adotar um ponto de vista oposto ao original.

Em todos os estágios devem-se observar as regras que favorecem a resolução da disputa.

The pragma-dialectical rules, which provide a definition of the general principles of constructive argumentative discourse, are designed to prevent such obstacles, traditionally known as fallacies, from arising – and to enable the analyst to point them down.¹⁴ (p. 294)

São dez as regras pragma-dialéticas:

- 1 As partes não devem impedir-se de apresentar pontos de vista ou de questionar opiniões.
- 2 A parte que apresenta um ponto de vista não pode se recusar a defendê-lo.

3 O ataque a um ponto de vista deve relacionar-se estritamente àquilo que fora, de fato, expresso pela outra parte.

4 A opinião não pode ser defendida por meio de não argumentação ou argumentação irrelevante, não relacionada ao ponto de vista.

5 Uma parte não pode falsamente apresentar algo como uma premissa que não foi expressa pela outra ou negar uma premissa deixada implícita por ela mesma.

6 Os participantes não podem apresentar falsamente uma premissa como um ponto de partida aceito ou negar que uma premissa represente um ponto de partida aceito.

7 A razoabilidade que se apresenta como formalmente conclusiva na argumentação não deve ser invalidada em um sentido lógico.

8 As partes devem utilizar apenas argumentos logicamente válidos ou passíveis de serem validados pela explicitação de suas premissas implícitas.

9 A defesa inconclusiva da opinião não pode levar à manutenção dessa opinião e a defesa conclusiva da opinião não pode resultar na permanência das expressões de dúvida concernentes a essa opinião.

10 As partes não devem usar formulações pouco claras ou ambíguas e devem interpretar as formulações apresentadas da maneira mais cuidadosa e acurada possível.

Qualquer violação das regras desse modelo ideal de discussão crítica pode ter consequências sobre a solução da disputa. Os movimentos contrários às regras são denominados falácias e podem frustrar os esforços para se chegar à resolução de uma diferença de opinião¹⁵.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado a partir de vídeos disponíveis na internet sobre o Programa Mais Médicos. Foram selecionados para análise vídeos cujo propósito era o debate entre partes divergentes, ou seja, nos quais havia, pelo menos, um participante favorável ao Mais Médicos e um contrário. Vídeos com entrevistas, reportagens, manifestações individuais de opinião e palestras foram descartados, pois, quando o interesse de análise está sobre a argumentação, deve-se partir de uma situação de confrontação em relação a um assunto.

A análise argumentativa se deve centrar nas situações de interação nas quais é clara uma oposição entre discursos... o estudo da argumentação é a análise da forma como a dissidência é tematizada pelos diferentes turnos de palavra sobre um assunto em questão.¹⁶ (p. 117)

Foram selecionados debates produzidos no período imediatamente posterior ao lançamento do programa, fixando-se o período entre julho a dezembro de 2013. Foram analisados 11 vídeos, que representaram aproximadamente seis horas de gravação. O Quadro 1 traz as informações sobre o material analisado.

Os vídeos foram transcritos integralmente. A análise foi realizada a partir do modelo ideal de discussão crítica^{10,17}. Segundo esse modelo, são quatro as operações analíticas fundamentais para alcançar uma visão geral daqueles aspectos do discurso argumentativo que são essenciais para resolver uma diferença de opinião ou que podem dificultá-la: determinar quais são os pontos de vista que estão em discussão; reconhecer as posições que adotam as partes; identificar os argumentos e premissas explícitos e implícitos das argumentações; e analisar a estrutura das argumentações, identificando os principais esquemas argumentativos.

Parte importante do esforço analítico está voltada para identificar os atos de fala que cumprem papel significativo na resolução da diferença de opinião e para reconstruir os atos de fala implícitos e que são relevantes para uma avaliação crítica.

Quadro 1. Debates analisados sobre o Programa Mais Médicos

Programa	Canal	Data	Disponível em
Programa da gente	RedeTV RN	05/09/14	https://www.youtube.com/watch?v=cwHZ97om4Kw
Entre Aspas	Globo News	22/08/13	https://www.youtube.com/watch?v=7n0V3otn_Po
Melhor e mais Justo	Rede TVT	22/07/13	https://www.youtube.com/watch?v=RWMdPw4PQtA
Repórter Brasil	TV Brasil	16/07/13	https://www.youtube.com/watch?v=cW1pm6ultYY
Programa 3 a 1	TV Brasil	23/08/13	https://www.youtube.com/watch?v=WU1bB0_1GG4
Seminários Folha	Debate na internet	16/07/13	https://www.youtube.com/watch?v=byUrZrGFTK0
Programa Alexandre Garcia	Globo News	09/08/13	https://www.youtube.com/watch?v=b6eZWSV0ujM
Sala Debate	Canal Futura	04/06/13	https://www.youtube.com/watch?v=7lUpB9ufArA e https://www.youtube.com/watch?v=HUPTDyVG2IE
Correio Braziliense	Debate na internet	27/08/13	https://www.youtube.com/watch?v=_F-MEk0tXxw
Debate Brasil	RedeTV HD Brasil	01/10/13	https://www.youtube.com/watch?v=Wc53DeRvDfg
Conexão Sul	Debate na internet	19/10/13	https://www.youtube.com/watch?v=I7OUy5bKS8Y

Em síntese, uma reconstrução pragma-dialética destina-se a obter uma visão geral analítica que fornece uma descrição da diferença de opinião que está no cerne do debate, o ponto de partida escolhido pelas partes para lidar com essa diferença, os principais argumentos apresentados para resolvê-la, a estrutura e os esquemas de argumentação utilizados e os principais facilitadores e constrangimentos para se chegar ao entendimento.

Embora os vídeos sejam públicos, optou-se por não identificar os oradores. As falas foram editadas para torná-las mais concisas.

Como se utilizou material disponível na internet, e não material bruto, eventuais alterações, decorrentes de edições, não estavam acessíveis. Tal alerta é importante porque os debates foram promovidos por diferentes empresas, algumas claramente contrárias ao governo, como a Globo News, enquanto outras pertenciam ao próprio Estado, como a TV Brasil. Portanto, é possível que as falas disponíveis tenham passado por filtros ideológicos.

Resultados

Os debates analisados caracterizam-se como disputas múltiplas e mistas. Múltiplas porque o ponto de vista é questionado colocando-se em xeque diversas proposições; mistas porque não apenas se coloca em questão um ponto de vista positivo sobre o Mais Médicos, mas também porque se apresenta um ponto de vista negativo. Nesses termos, o ônus da prova recai sobre ambas as partes. Tanto os atores favoráveis quanto os contrários ao programa têm a obrigação de defender seu ponto de vista. Nesses termos, ambas as partes em disputa se caracterizam como protagonistas, sendo que, no desdobramento das discussões, os participantes ora atuam como protagonistas, ora como antagonistas em relação a pontos de vista específicos.

Os pontos de vista centrais em oposição podem ser expressos das seguintes formas:

1 Ponto de vista positivo – O Programa Mais Médicos é um avanço e é benéfico para a Saúde.

2 Ponto de vista negativo – O Programa Mais Médicos não é benéfico para a Saúde.

3 Ponto de vista zero (nem positivo nem negativo) – Não sei se o Programa Mais Médicos é bom ou ruim para a Saúde.

Entre os que apresentaram ponto de vista positivo estão integrantes do governo – em especial do Ministério da Saúde – representantes de entidades de prefeitos, parlamentares de partidos da base do governo, sanitaristas, gestores de serviços de saúde e acadêmicos. Representantes de entidades médicas, estudantes de Medicina e parlamentares de partidos de oposição ao governo apresentaram ponto de vista negativo. Entre os que apresentaram ponto de vista zero estão cidadãos comuns e acadêmicos ligados a universidades.

O primeiro conjunto de argumentos identificado para sustentar os pontos de vista sobre o programa está relacionado à possível falta de médicos no Brasil. Os atores que apresentaram ponto de vista positivo argumentam que faltam médicos. Já aqueles com ponto de vista negativo, não apenas questionam esse argumento como sustentam o contrário.

Debate 7. Programa Alexandre Garcia – Globo News, 09/08/2013

1: ... Quatrocentos mil médicos para duzentos milhões de habitantes, parece que o desequilíbrio é na distribuição.

2: Não, faltam médicos no Brasil.

1: Faltam mesmo?

2: Se comparar o Brasil com qualquer país, nós estamos abaixo da média no número de médicos. Nem vou comparar com a Europa, a Argentina tem 3,2 médicos por mil habitantes, o Uruguai tem 3,7 e o Brasil tem 1,8. Nós precisamos formar mais médicos, além de criar mais vagas de residência... a gente tem 0,8 vaga por dez mil habitantes; Portugal e Espanha têm três vezes mais.

Nesse debate, a petição de defesa do ponto de vista é feita por uma pergunta que coloca em xeque a afirmação de que faltam médicos no Brasil.

A sustentação em contrário é feita a partir de um esquema argumentativo de analogia, no qual o falante trata de convencer seu interlocutor de que algo é ou deve ser similar a outra coisa. A aceitabilidade da premissa se transfere à conclusão, fazendo com que se compreenda que há uma relação de analogia entre o que é afirmado no argumento e o que é afirmado no ponto de vista. A premissa implícita para o argumento é de que o País deveria formar mais médicos, já que outros países mais desenvolvidos ou semelhantes possuem uma proporção maior desses profissionais. É recorrente nos debates citações comparativas e menções a dados internacionais para sustentar que faltam médicos no Brasil, o mais importante argumento favorável ao Mais Médicos. É comum o argumento de que outros países implantaram programas semelhantes.

O excerto a seguir revela uma disputa mista, pois o participante não apenas questiona o argumento de que faltam médicos, mas sustenta o contrário.

Debate 8 – Sala Debate – Canal Futura, 04/06/2013

1: ...a quantidade de médicos é suficiente, desde que haja distribuição adequada. Há necessidade de estímulos... condições de trabalho, carreira de Estado... condição digna de salário.

2: A população percebe a falta de médico ao chegar numa unidade de saúde e não encontrar. Os prefeitos ao abrirem concursos, você abre 24 vagas e aparecem quatro candidatos... têm municípios que oferecem 35 mil para um pediatra e não conseguem.

1: Isso não corresponde à realidade... a vinculação é de forma precária. Já tivemos oportunidades como entidade médica de tirar dinheiro do bolso pra mandar buscar um médico que não tinha recebido salário no interior.

2: Não é maioria, eu governei um município a cinquenta quilômetros de São Paulo e a dificuldade de contratar médico era muito grande, mesmo oferecendo salários e condições. Hoje, faltam 6600 médicos só para o que a gente tem de capacidade instalada, ou seja, tem o consultório na unidade de saúde para ele atender.

1: Os médicos não conseguem suportar o trabalho sem condição... até em circunstâncias dramáticas, uma apendicite diagnosticada, como transfiro, como faço chegar um socorro?

O argumento é o de que há médicos suficientes, mas eles estão concentrados em determinadas regiões em função das más condições de trabalho e da ausência de estímulos adequados, como carreira de Estado, salários dignos e concurso. Este último ponto é intensamente enfatizado em todos os debates por aqueles que apresentam ponto de vista negativo.

O esquema argumentativo é do tipo causal. Os médicos estão concentrados “porque” não há estímulos adequados e não há condições adequadas de trabalho. A premissa implícita é a seguinte: se houvesse estímulos e condições adequadas de trabalho no interior e nas periferias, médicos se deslocariam para estes locais e então não haveria carência de médicos.

Um movimento comum nas argumentações apresentadas pelos contrários ao programa é o uso de meios de persuasão não argumentativos, normalmente ressaltando situações com alguma carga de dramaticidade, como é o caso da situação relatada de um caso agudo de apendicite. Tal movimento tende a manipular as emoções da audiência, violando assim a regra 4 de uma discussão crítica.

Os contramovimentos em relação a essa argumentação colocam a explicação sob outra ótica, na qual o argumento centra-se nas características do mercado de trabalho.

Debate 6. Seminários Folha – A Saúde no Brasil, 16/07/2013

1: ...a Medicina foi um dos maiores indicadores de crescimento da renda média, cobertura previdenciária, carga horária e do número de vagas. O setor saúde, da população economicamente ativa, saiu de 1,5 para 5,1%. Pode pegar qualquer jovem recém-formado é sete mil dólares. Meu sobrinho está ganhando dez mil no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) e 6.500 numa Unidade de Pronto Atendimento (UPA). E porque ele quer se dedicar a estudar, porque se ele quisesse ter mais emprego, tinha!

Debate 8 – Sala Debate – Canal Futura, 04/06/2013

1: Empregue bem um médico em um só emprego que você duplica o número de médicos. Você tem médicos em dois empregos hoje porque são subempregos...

2: Não, é o contrário... você tem razão quando diz “se eu pagar bem ele não vai precisar de dois empregos, vai para um só”, mas esse outro (serviço) vai ficar desamparado... o prefeito tenta aumentar o salário, fazer a carreira no município dele para atrair. Ele atrai de onde? Os que estão trabalhando nos outros municípios, porque não existem outros; nós não vamos criar médicos desse ano para o ano que vem... nós não temos esses médicos, eles não estão parados.

Há forte apelo às estatísticas em relação ao mercado de trabalho médico, que buscam justificar a ampliação das vagas nas faculdades e nas residências e a abertura para médicos estrangeiros. Os relatos das dificuldades encontradas para provimento desses profissionais em serviços existentes retornam como um elemento que sustenta o ponto de vista de que faltam médicos.

A última discussão expõe a contradição do argumento que critica a tese do mercado de trabalho aquecido. O argumento apresentado descumpra a regra 8, representando uma falácia na utilização das formas lógicas da argumentação. Se todos os médicos estão empregados, e a maioria com mais de um emprego, salvo houvesse médicos em empregos desnecessários, seria impossível haver a disponibilidade de médicos para se deslocar para os locais desprovidos deste profissional. Tal contradição é rapidamente percebida pelo oponente, que reconstrói a lógica do argumento, demonstrando que a premissa é falsa. Isso lhe permite concluir apelando para as ironias “nós não vamos criar médicos” e “eles não estão parados”.

Alguns argumentos apresentados por aqueles com ponto de vista contrário ao programa encontraram, em diversos casos, receptividade por parte daqueles que o defendiam. Isso foi particularmente observado no que tange à questão do vínculo e do plano de carreiras para profissionais médicos.

Debate 2. Entre Aspas – Globo News, 22/08/2013

1: Qual é a proposta dos médicos para essas localidades que ninguém quer ir?

2: A carreira de Estado de médico... concurso, com salário, estabilidade e a carreira, onde começa distante e vai se aproximando dos locais com melhor infraestrutura, como é a carreira de juiz.

3: ...temos que ver a melhor maneira de fazer porque, por exemplo, o Governo Federal, ou o estadual ou o municipal, sozinhos, não podem contratar os médicos para fazer uma carreira assim. Por quê? Porque tem a Lei de Responsabilidade Fiscal...

Outro conjunto de argumentos tem como eixo principal a relação entre o Mais Médicos e os “reais” problemas da Saúde Pública. A linha principal de argumentação é “o problema da Saúde Pública não é a falta de médicos, mas sim outro”.

Debate 6. Seminários Folha – A Saúde no Brasil, 16/07/2013

1: ...os hospitais estão degradados. Em Alagoas o professor da Faculdade de Medicina foi dar aula e entrou no pronto-socorro, tinha um senhor sentado no chão, em cima de um cobertor, e a enfermeira falou “Doutor, essa é a nossa situação, a gente pede para os pacientes trazerem cobertor não para se agasalharem, mas para poder forrar o chão”. O Mais Médicos resolve esse problema?

2: O Mais Médicos é gente pra cuidar de gente, articulada com outros investimentos... Fizemos um grande programa de investimentos, autorizamos a construção de mais 1040 unidades de saúde, reformando e ampliando 17.000 unidades para articular esses investimentos em recursos humanos.

Debate 9. Debate Brasil – RedeTV HD Brasil, 01/10/2013

1: Essa não é a saída melhor... Nós temos casos no meu estado em que o cidadão que tem insuficiência renal anda mais de quatrocentos quilômetros, de dois em dois dias, para fazer hemodiálise... foram fechados no Brasil 13 mil leitos... as Santas Casas estão todas falidas.

2: Temos problemas de estrutura, de recursos, mas temos coisas importantíssimas... os problemas que existem precisam ser enfrentados de várias formas, inclusive com a vinda de profissionais para atender à população.

Debate 3. Melhor e mais Justo, Rede TVT, 22/07/2013

1: Colocar apenas um médico numa região carente sem as condições para exercer a sua profissão não vai solucionar o problema.

2: O governo não disse que vai resolver o problema da saúde com esse programa... Mais Médicos não vai atrapalhar a saúde, vai ajudar... se amanhã num passe de mágica nós tivéssemos a estrutura toda que sonhamos, ia faltar médico.

Os argumentos apresentados pelos antagonistas do programa com frequência remetem para questões que não o ponto de vista original, que, no caso, é a insuficiência ou não de médicos no Brasil e a pertinência ou não da medida do governo. Isso representa uma ruptura da regra 3 de uma discussão crítica, que diz que o ataque de uma parte contra um ponto de vista deve referir-se ao ponto de vista que realmente foi apresentado. No caso, nenhum dos defensores do Programa, ao argumentar a favor do ponto de vista de que faltam médicos no Brasil, afirmou estarem os hospitais em plenas condições ou haver disponibilidade suficiente e adequada de serviços como hemodiálise.

As três assertivas que remetem para problemas distintos aos que o Mais Médicos busca enfrentar têm em comum a característica de atribuir ao Programa a pretensão de ser a solução para todos os problemas de saúde do país. Essa premissa está implícita quando o interlocutor no debate 6 pergunta se o Mais Médicos resolve a situação calamitosa vivenciada em um pronto-socorro.

Esse argumento também compromete outra regra de uma discussão crítica. Ao apelar para o caráter dramático da situação vivida no pronto-socorro, o interlocutor se utiliza de um meio de persuasão não argumentativo, apelando para as emoções da audiência. Rompe-se, assim, a regra 4 de uma discussão crítica e dificulta-se a busca do entendimento.

Nas raras situações nas quais chega-se ao consenso quanto à necessidade de ampliar o número de médicos, a disputa segue em outra perspectiva, na qual o modo de constituição do Programa Mais Médicos passa a estar sob crítica.

Debate 6. Seminários Folha – A Saúde no Brasil, 16/07/2013

1: ...eu não sou contra essa ideia... eu achei inconsistente a criação do Programa no Brasil... Vejam como o Canadá fez. Ele aceita médicos de fora, se o indivíduo vier de uma universidade bem ranqueada, ele é aprovado sem exame de qualificação. Ele vai para uma cidade pequena, lá ele tem apoio de uma enfermeira, um farmacêutico, é conectado a uma rede que liga ele a uma universidade próxima, para se atualizar, a mulher recebe uma oferta de emprego, os filhos escola gratuita e o médico a cada três anos tem um acréscimo no salário.

2: O Mais Médicos é implantação de equipes multiprofissionais. O médico está lá com enfermeira, técnico de enfermagem e equipe de agentes de saúde... nós fornecemos *tablet* e *wi-fi* nas moradias dos médicos... com acesso ao telessaúde, estão fazendo a especialização com as universidades do Una-SUS, tem o Portal Saúde Baseada em Evidências... os médicos não estão largados... há um desconhecimento disso, porque essas realidades são distantes de onde as pessoas acham que as coisas acontecem, é preciso andar e verificar essa realidade.

Valendo-se de um esquema argumentativo baseado na analogia, o proponente compara o programa brasileiro ao canadense, buscando caracterizar a inadequação do primeiro em comparação ao segundo. A premissa implícita é a de que o Mais Médicos não conta com profissionais vindos de boas universidades, com apoio de equipe multiprofissional, com suporte técnico e de qualificação, de suporte à família e com a possibilidade de progressão remuneratória.

O contramovimento é feito a partir da negativa dessas premissas. Ao descrever, por exemplo, que o médico conta com uma enfermeira, com técnico de enfermagem e com agentes de saúde, o oponente nega que os médicos não contam com equipe multidisciplinar. O suporte técnico e de qualificação também são evidenciados, embora não seja feita menção a outros pontos da comparação realizada, como o suporte à família e à possibilidade de acréscimos remuneratórios ao longo do tempo.

Ao afirmar que a realidade está distante do ponto no qual “as pessoas acham que as coisas acontecem” e que é “preciso andar e verificar essa realidade”, o interlocutor expõe um *argumentum ad hominem*, colocando sob suspeita o conhecimento do adversário quanto à realidade do país.

Outro aspecto discutido foi o Revalida, exame de validação de diplomas de graduação obtidos no exterior, uma das questões mais controversas nos debates e mais intensamente defendida pelos médicos.

Debate 9. Debate Brasil – RedeTV HD Brasil, 01/10/2013

1: Alguns vêm como uma tentativa de barrar estrangeiros e preservar o emprego dos brasileiros.

2: Você compraria um carro cubano? Sem garantia? Se você vai comprar alguma coisa, você quer saber se tem qualidade...

3: Eu acho uma visão errada... com o Revalida, o médico aprovado está livre para atuar em qualquer parte do território nacional... o lógico é que ele vá buscar as regiões onde já há concentração. Se nós fizéssemos diferente, mataríamos o espírito do programa.

Nesse debate, o entrevistador avança um argumento que põe em dúvida a intencionalidade das entidades médicas ao exigirem a revalidação do diploma. O respondente se utiliza de uma falsa analogia, afrontando a regra 7 de uma discussão crítica. A comparação realizada com um carro cubano não cumpre as condições requeridas para uma comparação correta. Medicina em nada se compara a carros. Além disso, Cuba é mundialmente reconhecida pela qualidade de sua Saúde Pública e de sua Medicina. Com a manobra, o debatedor deixa implícita a suspeição quanto à competência dos médicos provenientes de Cuba.

Essa tônica esteve presente em todos os diálogos analisados. Invariavelmente, os debatedores contrários ao programa arguíam pela necessidade de zelar pela qualidade da Medicina que seria prestada. Curiosamente, o foco da questão recaía sobre os médicos de Cuba.

Debate 2. Entre Aspas – Globo News, 22/08/2013

1: ...esse médico tem uma formação bastante elementar.

2: De quantos anos?

1: Seis anos. E só pode atuar na Atenção Básica... para poder se habilitar ao exercício da Medicina, ele faz mais três anos e passa a ser chamado de generalista; e a residência médica para formação de especialista só depois de cumprir essa jornada... o médico brasileiro é formado numa amplitude muito maior...

3: ... eles são extremamente bem preparados... são experientes, alguns com mais de 15 anos de formação, participaram de programas semelhantes na África, na América Latina... muitos são doutores, mestres... eles não vão fazer cirurgia, neurologia... eles vão trabalhar no atendimento básico... Cuba tem um dos sistemas de saúde mais avançados do mundo, nós não podemos ter preconceito ideológico. Mortalidade infantil, mortalidade materna, índice de doenças infecto-contagiosas, tudo isso Cuba tem situação melhor... esse programa recebe a intermediação da Organização Panamericana de Saúde (Opas)...

1: Mas nós estamos questionando é a não aplicação dos critérios pactuados pelos Ministérios da Saúde e da Educação para autorizar o exercício profissional.

Ao apontar que os médicos cubanos têm “uma formação bastante elementar” e que “o médico brasileiro é formado numa amplitude muito maior”, fica implícita a premissa de que a qualidade do ensino médico brasileiro é superior à cubana. A contra-argumentação é organizada a partir de um esquema argumentativo sintomático, no qual a aceitabilidade das premissas se transfere à conclusão, fazendo compreender que há uma relação de concomitância entre o que se afirma no argumento e o que se afirma no ponto de vista. Assim, ao expressar o ponto de vista de que os médicos cubanos são “extremamente bem preparados”, o interlocutor enumera algumas expressões dessa capacidade: a experiência em anos de formação, a participação em programas semelhantes em outros países e a formação desses profissionais, muitos com mestrado e doutorado. Aponta também os resultados da Saúde Pública de Cuba como uma expressão da qualidade de seus médicos. Tal argumentação faz com que o oponente fira a quinta regra de uma discussão crítica, pois o orador nega no seu segundo movimento a premissa deixada implícita anteriormente de que o ensino médico no Brasil é melhor do que o cubano. A partir de então, esse ator afirma que a questão seria outra, ou seja, a “não aplicação dos critérios pactuados pelos Ministérios da Saúde e da Educação para autorizar o exercício profissional”.

Por fim, outro ponto frequente nos debates está relacionado aos seus reais propósitos. Três argumentos principais foram observados nos discursos dos adversários do Programa Mais Médicos: o de que o programa tinha fins eleitoreiros, o de que está voltado para repatriar brasileiros que estudaram em Cuba e o de que o programa teria por objetivo financiar o governo cubano.

Todos esses argumentos podem ser considerados variações do *argumentum ad hominem*, pois colocam sobre suspeita as motivações da parte contrária, representando um rompimento da regra 1 de uma discussão crítica.

Debate 9. Debate Brasil – RedeTV HD Brasil, 01/10/2013

1: Por que apenas quando faltam oito meses para uma campanha eleitoral?

2: Nós procuramos encarar esse problema desde 2003... havia um peso grande das entidades médicas... no Conselho Nacional de Educação... na Comissão Nacional de Residência Médica. E só no Governo Dilma foi possível ir quebrando essa influência... é uma categoria extremamente forte que criou uma reserva de mercado.

Debate 2. Entre Aspas – Globo News, 22/08/2013

- 1: ...há outra agenda, a repatriação dos brasileiros que foram estudar em Cuba.
 2: A revalidação dá o direito de trabalhar aonde ele quiser, nessa parte emergencial, a vinda de médicos estrangeiros, esse profissional vai trabalhar circunscrito àquela área definida.

Debate 2. Entre Aspas – Globo News, 22/08/2013

- 1: Cuba é grande formadora de médicos e isso vira fonte de receita para o país...
 2: O Brasil não decide como Cuba vai aplicar esse dinheiro.
 1: Isso tem um interesse comercial.
 2: Isso é absolutamente sem fundamento.

Em todos os argumentos, fica implícita a premissa de que a intenção do governo não seria solucionar o problema da falta de médicos.

No caso da questão eleitoral, o contraponto deixa implícito que as entidades médicas atuaram de modo a impedir a competição no mercado de trabalho pela expansão das escolas médicas. Em relação à repatriação, o contraponto se faz em função do caráter emergencial do programa e da necessidade de circunscrição dos médicos. No último diálogo, observa-se que o orador acusa o oponente de expor um argumento “sem fundamento”, o que representa uma negação do dever do antagonista de mostrar que o ponto de vista do oponente é incorreto. Com essa atitude, o antagonista desloca o peso da prova e rompe com a regra 2 de uma discussão crítica.

Considerações finais

Em todos os debates, identificam-se falácias nas argumentações, o que dificulta o avanço para se chegar à resolução das diferenças de opinião. Essas dificuldades no diálogo dificultam a resolução de problemas concretos que poderiam fazer avançar o Programa Mais Médicos. A defesa intransigente das entidades médicas em torno do Revalida, por exemplo, não contribui para uma discussão profunda sobre os mecanismos possíveis de avaliação e garantia da qualidade dos médicos estrangeiros. Do mesmo modo, a insistência dos atores governamentais de esquivarem-se do debate sobre mecanismos mais estáveis de fixação dos médicos, como plano de carreiras, pode comprometer a sustentabilidade do Programa no médio prazo. Essas falácias são decorrentes, principalmente, da intenção primeira de convencer a audiência, e não de buscar o entendimento. Isso redundava em um padrão de argumentação no qual, para os contrários ao programa, há necessidade de atacá-lo a qualquer custo e, para os favoráveis, de defendê-lo integralmente.

O estudo apresenta alguns limites. Não foi possível correlacionar a análise com o contexto específico da tramitação da proposta no Congresso Nacional, uma das arenas centrais da disputa. Embora tenham transcorrido poucos meses entre os debates analisados, o contexto político se modificava a cada momento e isso, provavelmente, incidia na maneira pela qual os atores disputavam as narrativas. Também não foi possível confrontar os dados com outros estudos da área da Saúde sobre este tema. Por isso, o estudo aponta para pesquisas posteriores, que busquem contemplar o confronto do material analisado com estudos de autores do campo da saúde.

Referências

1. Habermas J. *Mudança Estrutural da Esfera Pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa*. Rio de Janeiro: Biblioteca Tempo Universitário; 2003.
2. Lubenow JA. Esfera pública e democracia deliberativa em Habermas. *Kriterion*. 2010; 121:227-58.
3. Lüchmann LHH. Modelos contemporâneos de democracia e o papel das associações. *Rev Sociol Polít*. 2012; 43(20):59-80.
4. Werle DL. Razão e democracia: uso público da razão e política deliberativa em Habermas. *Trans/Form/Acao*. 2013; 36:149-46.
5. Maia RCM. A Democracia e a Internet como esfera pública virtual: aproximação às condições da deliberação. In: Gomes W; Maia RCM. *Comunicação e democracia: problemas e perspectivas*. São Paulo: Paulus; 2008. p. 277-92.
6. Avritzer L. Teoria democrática e deliberação pública. *Lua Nova*. 2000; 49:25-46.
7. Habermas J. *Entre Naturalismo e Religião*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2007.
8. Curato N. The heart of the matter: pragma-dialectics as a methodology for researching deliberative practice. In: *Conference on Unity and Diversity in Deliberative Democracy*; 2008; Bern, Switzerland. Berns: Bern Interdisciplinary Centre for Deliberative Studies; 2008. p. 1-22.
9. Gerber M. Pragmatism, Pragma-Dialectics, and Methodology: Toward a More Ethical Notion of Argument Criticism. *Speaker Gavel*. 2011; 48(1): 21-30.
10. Eemeren FH; Grootendorst R. *Argumentacion, Comunicacion y Falacias*. Santiago: Ediciones Universidad Catolica de Chile; 2001.
11. Eemeren FH. Strategic maneuvering in argumentative discourse: extending the pragma-dialectical theory of argumentation. Amsterdam: John Benjamins; 2010. 308 p.
12. Perelman C; Olbrecht-Tyteca L. *Tratado da argumentação: a nova retórica*. 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
13. Eemeren FH; Grootendorst R; Henkemans FS. *Argumentation: analysis, evaluation, presentation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 2002.
14. Eemeren FH, Houtlosser P. Rhetorical analysis within a pragma-dialectical framework: the case of R. J. Reynolds. *Argumentation*. 2000; 14:293-305.
15. Eemeren FH, Grootendorst R. Fallacies in pragma-dialectical perspective. *Argumentation*. 1987; 1:283-301.
16. Grácio RA. Do discurso argumentado à interação argumentativa. *EID&A*. 1: 117-128.
17. Eemeren FH. Reasonableness and effectiveness in argumentative discourse: fifty contributions to the development of pragma-dialectics. Cham: Switzerland; 2015.

Lima JC. Uso público de la razón y de la argumentación: análisis de los debates sobre el Programa Más Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1115-27.

El objetivo de este estudio es identificar los principales argumentos utilizados durante las discusiones públicas sobre el Programa Más Médicos y analizar la estructura de las argumentaciones y su adecuación a las reglas de una discusión crítica. Se analizan debates exhibidos en la televisión y en internet, envolviendo a agentes públicos y de la sociedad civil. El análisis se realizó a partir del abordaje pragma-dialéctico de Van Eemeren y Grootendorst y su modelo de discusión crítica. En todos los debates se observan falacias en las argumentaciones, lo que dificulta el avance en el sentido de llegar a la resolución de las diferencias de opinión. Esos obstáculos en el diálogo terminan dificultando también la resolución de problemas concretos que podría hacer que avanzara el Programa Más Médicos y de esa forma mejorar las condiciones de acceso a la salud de la población.

Palabras clave: Distribución de médicos. Política de salud. Programa Más Médicos. Teoría de la argumentación. Pragma-dialéctica.

Submetido em 18/06/2016. Aprovado em 08/05/2017.

Ideias, imagens e crenças na produção de políticas públicas: o caso do Programa Mais Médicos

Alcindo Antônio Ferla^(a)
 Héider Aurélio Pinto^(b)
 Lisiane Bôer Possa^(c)
 Renata Flores Trepte^(d)
 Ricardo Burg Ceccim^(e)

Ferla AA, Pinto HA, Possa LB, Trepte RF, Ceccim RB. Ideas, images and beliefs in the production of public policies: the case of the More Doctors Program. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1129-41.

This paper analyses the perspectives of the candidates for elective positions at the federal and state levels during the election process in 2014, regarding the More Doctors Program, presented by print and online commercial media vehicles, identifying ideas, images and beliefs related to this public policy. Mapping of the perspectives of the candidates aimed to identify senses and meanings of the program and outline the description of problems and solutions regarding the provision of health professionals under the Brazilian National Health System. The data showed that the subject of emergency provision of physicians went beyond the subsystem or field of health care and became part of the political agenda. Both candidates who supported the program and those who criticized it publicly stated that it was a necessary program and a strategy to which they would be committed. The program has greatly expanded the visibility of the health sector agenda.

Keywords: More Doctors Program. Primary Health Care. Provision of health professionals. Media.

O artigo analisa as manifestações dos candidatos a cargos eletivos de âmbito federal e estadual, durante o processo eleitoral do ano de 2014, quanto ao Programa Mais Médicos, presentes na mídia comercial impressa e *on-line*, identificando ideias, imagens e crenças sobre tal política pública. Um mapeamento do posicionamento dos candidatos objetivava identificar sentidos e significados sobre o programa, explicitando a descrição de problemas e soluções acerca da provisão de trabalhadores no Sistema Único de Saúde. Os dados obtidos demonstraram que o tema do provimento emergencial de médicos extrapolou o subsistema ou campo da Saúde e foi assumido como agenda no sistema político. Tanto os candidatos manifestamente favoráveis ao programa quanto aqueles que faziam críticas expressaram publicamente a imagem de um programa necessário e uma estratégia com a qual estariam comprometidos. O programa ampliou muito a visibilidade da agenda setorial da Saúde.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Atenção Básica. Provimento de Profissionais. Mídia.

^(a, d) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua São Manoel, 963. Rio Branco. Porto Alegre. RS, Brasil. 90620-110. ferlaalcindo@gmail.com; renata.trepte@gmail.com

^(b) Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. heiderpinto.saude@gmail.com

^(c) Bacharelado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. lisianepossa@gmail.com

^(e) Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. burgceccim@gmail.com

Introdução

Este artigo mapeia e analisa as intervenções sobre o Programa Mais Médicos (PMM) dos candidatos a cargos eletivos dos poderes executivo e legislativo, federal e estaduais, visibilizados na mídia comercial impressa e *on-line* durante o processo eleitoral de 2014. Buscou-se identificar ideias, imagens e crenças em convergência e em disputa, tomando a mídia como recurso de grande destaque na política contemporânea, principalmente por sua forte e abrangente capacidade de produzir sentidos e significados para questões em disputa¹. A criação do PMM ocorreu em um contexto de grandes questionamentos acerca do papel do Poder Público na regulação do trabalho e na formação profissional², fazendo parte das iniciativas da gestão federal do Sistema Único de Saúde (SUS) para fortalecer a Atenção Básica.

O PMM inclui investimento em infraestrutura nas Unidades Básicas de Saúde, ampliação da oferta de cursos universitários em Medicina, mudanças curriculares e extracurriculares na graduação e especialização (residências) médicas e provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis^{2,3-5}. A justificativa para implantação dessa política centrava-se na expansão da assistência à Saúde no contexto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁶. Um dos obstáculos para essa expansão estava no provimento e fixação de profissionais, principalmente médicos, em áreas remotas e de maior vulnerabilidade^{4,7}.

Os processos de transformação nas políticas públicas, além dos interesses e projetos dos atores sociais que disputam a política pública⁸, têm determinações nas ideias, imagens e crenças que os orientam sobre quais seriam os problemas e as soluções a serem objeto de ação do Estado. Essas ideias, imagens e crenças não só ajudam a compor as formulações técnicas nas arenas decisórias das políticas públicas como têm papel na formação de agendas e nas inovações trazidas às políticas^{9,10}. O contexto público em que as políticas são formuladas e implementadas também influencia a sua construção. A análise da implementação de políticas públicas permite compreender processos e resultados alcançados e, mais do que isso, fortalece a necessidade de monitoramento e avaliação para seu acompanhamento¹¹. Os processos eleitorais e seus resultados são considerados relevantes para a configuração das políticas públicas, uma vez que a mudança das coligações nos governos constitui possibilidade para que ocorram reformulações nas ações do Estado¹²⁻¹⁴.

O pressuposto da observação limitada dos indivíduos às políticas públicas orienta várias abordagens da análise de políticas. Considera-se que as pessoas não conseguem estar atentas a todas as temáticas o tempo todo¹²⁻¹⁴. Para que ocorram mudanças e reformulações nas políticas, é relevante que as temáticas estejam na agenda dos atores¹⁵. Na definição da agenda das discussões e reflexões públicas é reconhecido o papel da mídia. Os veículos noticiosos capturam a atenção do público em geral para algumas questões da "realidade" *a priori* selecionadas e este é considerado o primeiro passo para a formação da opinião pública¹⁶. Durante os processos eleitorais, alguns temas são incorporados na agenda dos candidatos. Estes posicionam-se sobre o que consideram problemas e apresentam suas posições, com o objetivo de influenciar os atores e, conseqüentemente, alcançar êxito no resultado eleitoral.

Ao mapear o posicionamento dos candidatos sobre o PMM, buscava-se: explicitar os parâmetros nos quais os candidatos apresentavam problemas e soluções acerca da provisão de trabalhadores, sinalizando a direcionalidade para esta política pública, uma vez que os candidatos são atores estratégicos hábeis e disputam a coordenação da ação de Estado; e identificar as principais ideias difundidas, as respectivas imagens e crenças e as conseqüências na formação de sentido e significados sobre a temática.

Percurso metodológico e teórico da análise

Foram identificadas e analisadas as reportagens que trataram sobre o PMM em 137 veículos comerciais do Brasil, durante o período julho a outubro de 2014. A busca foi realizada diariamente no período por "robôs de clipagem" de agências de notícias que prestam serviço ao Governo Federal, utilizando as palavras-chave "Programa Mais Médicos" e "Mais Médicos", abrangendo a mídia *on-*

line e de escrita digitalizada. Para a organização e tratamento dos dados, foi utilizada a ferramenta NVivo 10.0. Foram selecionadas as intervenções de candidatos a presidente, governador, senador e deputados federais e estaduais.

A análise de conteúdo teve como objetivo destacar os temas e posicionamentos expressos pelos candidatos e que foram difundidos nas mensagens midiáticas. Essas análises têm como contribuição revelar grandes tendências dos temas¹⁷. As intervenções dos candidatos foram selecionadas na base de dados formada pela totalidade das notícias veiculadas no período e classificadas, considerando o posicionamento expresso pelo candidato. A partir desta seleção, foram extraídos os dados gerais do *corpus* e analisado o seu conteúdo indutivamente. A análise qualitativa dos conteúdos foi realizada para identificar as ideias, imagens e crenças expressas pelos candidatos. Isso porque o que é considerado problemático e as diversas possibilidades de solução encontram-se permanentemente em disputa na condução das políticas públicas. Divergências estão presentes nos processos de definição da agenda pública e suscitam questões sobre como e porque alguns temas são incorporados na agenda dos diferentes atores e outros são ignorados^{13,14}.

Uma questão-chave na compreensão das políticas públicas é a sua relação com os grupos de interesse – atores individuais e coletivos que defendem certas ideias e visão sobre a política. Considera-se que a política pública é o resultado de um processo sistemático de negociação e interação entre atores estatais e grupos sociais – de mercado e sociais¹⁸. Os atores sociais que atuam nas arenas decisórias – com seus interesses, projetos e diferentes governabilidades^{8,9,10} – valem-se de diferentes formulações que buscam não só explicar o problema e, de modo minimamente coerente com esta explicação, propor soluções, nomeando objetivos e métodos para alcançá-los⁸, mas também justificar e legitimar a política proposta, apresentando-a como solução para que algo que advogam seja tomado como questão social e objeto de ação do Estado⁹.

Para apreender adequadamente o processo de definição da agenda política e de disputa de projetos e formulações, é necessário utilizar uma matriz de análise que considere algo mais que as ações dos atores justificadas por seus interesses, explícitos ou latentes. De um lado, algumas pesquisas e abordagens têm mostrado a importância de compreender o papel das ideias na formação de agendas e na inovação das políticas, entendendo-se o próprio processo político em sua dimensão simbólica e interpretativa¹⁰. A tarefa analítica seria, além de identificar como determinados fenômenos sociais se tornam problemas de políticas, entender como determinadas compreensões desses problemas emergem para guiar o processo de definição de políticas. Seria necessário analisar os aspectos simbólicos da ação coletiva, de forma a considerar, para além das lógicas fundadas nos interesses, a contribuição de ideologias e visões de mundo e as interações dialógicas; não apenas as instrumentais¹⁰.

De outro lado, a complexidade das sociedades modernas e a incapacidade dos indivíduos de atentar a todos os temas o tempo todo (pressupostos da atenção e racionalidade limitada dos indivíduos) influencia os processos de interação e negociação entre os atores. A forma como a informação e a atenção dos atores é processada torna-se uma questão relevante na análise das políticas públicas e sobre o papel da mídia na sociedade^{12-14,16}. A mídia tem papel relevante na definição da agenda pública e no enquadramento das questões. No que diz respeito à agenda, a mídia seleciona os aspectos da realidade que estarão em debate público, influenciando consideravelmente quais temas e questões serão pensados pelos atores¹⁶. A mídia também oferece enquadramento das questões, produzindo esquemas narrativos que permitem aos atores interpretar os acontecimentos¹⁹.

No caso da relação entre atores estatais, sociais e mídia, cabe destaque à dupla direcionalidade, uma vez que atores tanto respondem à agenda da mídia quanto buscam influenciá-la. Os atores procuram visibilidade pública que lhes confira capital político a ser transformado em *status* político e capacidade de obter vantagens nas negociações e interações sobre conteúdo das políticas públicas. No caso dos candidatos, este capital tem também como pretensão ser transformado em voto¹⁹. Portanto, a mídia constitui-se tanto em ator que influencia as políticas públicas, ofertando visibilidade para alguns atores e ideias, quanto em uma arena em que os atores estatais e sociais disputam visibilidade.

Os limites de atenção e racionalidade dos indivíduos são superados na ação do Estado, a partir de estruturas institucionais que se dividem para o processamento em paralelo de diversas questões. Por meio da organização de subsistemas ou campos de ação estratégica, viabiliza-se que os diferentes

temas das políticas públicas sejam abordados simultaneamente^{12,20}. No caso de estados federativos, os dirigentes máximos dos executivos e os representantes nos legislativos constituem-se no lócus da “grande política”, influenciando planos, programas e ações em cada esfera de governo, reconhecidos como arena em que temas são tratados em série, ou seja, alguns temas são periodicamente incorporados na agenda. Considera-se que as questões que ultrapassam os subsistemas ou campos de ação estratégica entram nas agendas e têm maior potencialidade, mas não garantia de serem objetos de mudança¹³.

O tema da provisão de profissionais não é uma agenda nova no setor da Saúde, com diversas iniciativas já formuladas no âmbito do SUS. Essas iniciativas caracterizaram-se pela condução setorial com efeitos limitados sobre o problema: escassez de médicos para atuação na Atenção Básica⁷. A entrada na agenda da Presidência da República e do legislativo federal, em 2013, oportunizou a formulação de um programa específico e mudanças normativas a serem adotadas na regulação da formação e do trabalho médicos; criaram-se instituições e foram mobilizados recursos para a sua implementação^{2,3,4}.

Desacordos sobre a maneira de descrever e entender a política tornam-se visíveis com proponentes e oponentes vocalizando perspectivas diferentes. A identificação de ideias, imagens e crenças na mídia pelos candidatos a cargos eletivos informa as questões convergentes e em disputa no processo de implementação do PMM. Os candidatos à direção do Estado são considerados atores que agem estrategicamente para estruturar e sustentar espaços sociais por meio da criação de significados compartilhados e coalizões políticas que propiciem um terreno existencial comum e viável. Considera-se a indissociabilidade entre a motivação material/instrumental e existencial de tal forma que os atores estratégicos tanto agem para sustentar seus interesses e vantagens instrumentais quanto para construir mundos significativos para si e para os outros²⁰.

Os atores estratégicos, tais como candidatos a cargos eletivos, precisam ser capazes de induzir a cooperação dos demais. A habilidade social é a capacidade de indivíduos ou coletivos de mobilizar pessoas a partir de ideias sobre o mundo e de si mesmos, identificar preferências e o ambiente e definir linhas de ação. Considera-se que algumas pessoas são mais capazes para moldar significados e gerar sentidos mobilizadores da ação coletiva²⁰. Candidatos a cargos eletivos são, portanto, considerados como atores estratégicos que recorrem a significados compartilhados e sentidos coletivos já existentes e também procuram construir novas visões de mundo, buscando alcançar cooperação voluntária dos outros por meio das dimensões cognitiva, empática e comunicativa²⁰.

As ideias (dimensão cognitiva) expressam o conteúdo da política e as propostas de soluções para os problemas¹⁴; as crenças (dimensão empática) sobre princípios ontológicos gerais da condição humana e preferências políticas ou instrumentais¹² expressam significados e símbolos compartilhados pelos atores sobre o mundo e sobre si²⁰; e imagens (dimensão comunicativa) significam informações empíricas e recursos emotivos que sintetizam as identidades públicas e privadas¹³. Nessa abordagem da análise de política, a variável “conhecimento” surge e tem destaque superando as abordagens em que os “interesses”, exclusivamente, explicavam a relação entre indivíduos e grupos e os resultados da ação do Estado²¹. Dessa forma, para esta análise, considera-se que reconciliar ideias, crenças e imagens é um caminho mais profícuo^{22,23}.

Durante o período deste estudo (julho a outubro de 2014), o PMM estava em fase de implementação. Os objetivos e o escopo do programa, que estiveram em debate durante o período analisado, já estavam definidos por lei. O PMM foi instituído pela Lei nº 12.871/2013³, precedido e acompanhado de políticas cujos objetivos incluíam a sedimentação dos processos de planejamento, implantação, implementação, avaliação e monitoramento, implicadas com a melhoria do acesso e da qualificação da assistência, principalmente na Atenção Básica, eixo prioritário para atuação do Ministério da Saúde na efetivação dos princípios do SUS^{2,3-6}. O PMM alocou, em 2014, 14.462 mil médicos em 3.785 municípios e 34 distritos indígenas. Desses profissionais, 80% foram cubanos contratados por meio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)⁴.

O provimento emergencial previa a oferta de profissionais para a atuação na Atenção Básica em regiões com maior necessidade, vulnerabilidade e dificuldade de atrair e fixar profissionais. O programa estabeleceu uma ordem de prioridade na qual as vagas deveriam ser ofertadas: primeiramente, aos

médicos brasileiros e aos estrangeiros com registro de exercício profissional no país (o registro nos Conselhos Regionais de Medicina). Uma segunda prioridade seriam os médicos brasileiros formados no exterior, mesmo que ainda sem o diploma revalidado no Brasil. A terceira: médicos estrangeiros formados no exterior, com habilitação para exercício da Medicina no país de origem, mas sem diploma revalidado no Brasil. Por último, a lei autorizava o acordo de cooperação com organismo internacional. Com base nessa regra, o Brasil assinou cooperação com a Opas, que, por sua vez, estabeleceu cooperação com o governo cubano, o que disponibilizou médicos funcionários de carreira no Ministério da Saúde Pública de Cuba, com formação e atuação em missões internacionais.

Posicionamento dos candidatos sobre o PMM

Este artigo é resultado de uma pesquisa mais ampla sobre a agenda da/na mídia acerca do PMM. Neste estudo, identificou-se que, no período descrito, os candidatos a cargos eletivos foram os atores que mais tiveram vocalizadas opiniões sobre o programa nos veículos analisados. A construção de significados e sentidos compartilhados entre os atores coletivos, objetivo dos candidatos a cargos eletivos e atores estratégicos, apresenta nuances que contribuem para a compreensão das convergências e disputas acerca do PMM e da provisão de profissionais. As principais ideias presentes nos posicionamentos desfavoráveis ao PMM, que representavam a minoria das intervenções dos candidatos, são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Ideias, crenças e imagens sobre o PMM referidas por candidatos desfavoráveis ao Programa

Ideias	Crenças e Imagens
"País não precisa de mais médicos."	Não há escassez de profissionais médicos. Médicos não são o problema.
"Nós temos é que 'fazer investimentos nos hospitais, colocar os aparelhos necessários' que um hospital precisa, por exemplo". "Temos que 'equipar os hospitais, dar estrutura para os médicos' fazerem o seu trabalho".	As insuficiências são de infraestrutura dos serviços, em especial dos hospitais. A qualidade da Atenção à Saúde atrelada ao hospital e do cuidado em Saúde dependente das tecnologias duras.

Fonte: Dados primários da pesquisa.

Os candidatos desfavoráveis colocavam em questão o conjunto da solução engendrada na política. Reafirmavam a crença da centralidade do hospital como modelo de organização de Saúde. Uma ideia convergente nos diferentes posicionamentos é a insuficiência de médicos como um problema contextual do Sistema de Saúde brasileiro, como exemplificam as seguintes manifestações:

Mais Médicos acabou por se tornar uma necessidade. Planejamos manter o programa.

Precisamos do Mais Médicos para termos mais médicos.

O Brasil tinha uma grande deficiência em médicos, em algumas regiões não havia o profissional, o Mais Médicos foi uma decisão correta.

Nomear e acreditar que o problema é a escassez de médicos, seja pontualmente ou de forma geral, é relevante, na medida em que aponta para soluções. Na fase de formulação do programa, essa era uma das principais questões em disputa, ou seja, atores, em especial a representação da corporação

médica, defendiam que o problema era de outra ordem e que o número de médicos no Brasil era suficiente. Observou-se que o posicionamento dos candidatos consolidava uma imagem que está expressa na própria identidade do programa, isto é, a necessidade e pertinência de mais médicos para o Brasil. As principais críticas ao PMM estão sistematizadas no Quadro 2.

Quadro 2. Ideias, crenças e imagens sobre o PMM referidas por candidatos que apresentaram críticas ao Programa

Ideias	Crenças e imagens
<p>“O programa do Ministério da Saúde é ‘eleitoreiro’ e ‘oportunista’. O Mais Médicos foi o recibo do fracasso do Ministério da Saúde”. “O Mais Médicos ‘é um grande mito, que não é sustentável no longo prazo’. Os cubanos vão voltar para casa algum dia, não vão? Não é possível que tenhamos levado 26 anos para descobrir que a panaceia é importar médico cubano.”</p>	<p>O Mais Médicos restrito ao provimento emergencial, de caráter paliativo, transitório e eleitoreiro. Programa insuficiente e inadequado.</p>
<p>“O governo falhou em não investir em medidas como ‘reforço do Programa de Saúde da Família’ e no aumento de investimentos no setor. ‘Importaram médicos porque não foram formados. Não prestigiou o médico da família’.”</p>	<p>Pertinência e destaque da Saúde da Família. Necessidade de formação dos profissionais; em especial, os médicos de família.</p>
<p>“O Mais Médicos é ‘80% propaganda e 20% efetividade’. O mesmo governo que faz essa propaganda é o governo que permitiu o ‘fechamento de 13 mil leitos hospitalares no Brasil e deixou as Santas Casas em situação de miséria’.” “O programa Mais Médicos é um programa excelente, mas é como se fosse ‘um carro-pipa na questão da saúde. Temos que equipar os hospitais, dar estrutura para os médicos fazerem o seu trabalho’.”</p>	<p>O programa é restrito ao provimento emergencial, de caráter paliativo e transitório. Problema é a insuficiência dos investimentos nos hospitais. Programa insuficiente e inadequado. Destaca o hospital no sistema.</p>
<p>“A questão do Mais Médicos, o programa é importante, mas não é a solução de todos os programas do Brasil. ‘A participação do governo federal [no financiamento da Saúde] caiu de 54% para 45%’ nos anos de governo do PT. Eu compreendo a Saúde como uma situação mais ampla.”</p>	<p>Insuficiência de financiamento federal no setor.</p>
<p>“Crítico o Mais Médicos, nunca imaginei que era possível fazer uma política de Saúde Pública ‘criminalizando os médicos ou jogando o povo contra os médicos brasileiros’.” “Quanto ao Mais Médicos, é lamentável que o governo do PT ‘venha deliberadamente colocando a população contra os médicos brasileiros’, como se estes fossem os responsáveis pelas precárias condições de trabalho e, principalmente, pela ‘omissão do governo federal na questão do financiamento da saúde’.”</p>	<p>Interferência. Propõe regulação e crítica ao trabalho médico e a seus interesses. Criminalização e incitação do ódio da população contra os profissionais. Médicos <i>a priori</i> certos, inquestionáveis; Estado e governos <i>a priori</i> errados. Manutenção do <i>status</i> e poder simbólico do médico em relação à sociedade e ao Estado.</p>
<p>“Não estamos fazendo mais médicos. ‘Estamos financiando um governo que falhou, que é o governo de Cuba’”; “Vamos financiar os médicos cubanos e ‘não o governo cubano’”; “Não vamos aceitar regras impostas por Cuba”.</p>	<p>Associação do governo brasileiro com as políticas cubanas e seu regime. Perigo comunista no Brasil.</p>
<p>“Vamos pagar ‘aos doutores cubanos do programa Mais Médicos o mesmo valor’ que os estrangeiros”. “Garantir ‘no entendimento, na força do governo brasileiro, que eles recebam a mesma remuneração’ que recebem os demais.”</p>	<p>Exploração pelo regime cubano dos profissionais de seu país. Naturalização da distinção e <i>status</i> dos médicos. Necessidade de protegê-los do controle do “Estado”.</p>

Fonte: Dados primários da pesquisa.

As ideias que caracterizam o PMM como um paliativo, de caráter transitório e perfil eleitoreiro para responder a falhas da atuação do Governo na área da Saúde, estão entre as críticas mais frequentes.

Os atores enfatizam diferentes visões. Uma delas é a perspectiva da centralidade dos hospitais e equipamentos, conforme já foi abordado, mas também reafirmam a demanda pela ampliação da oferta de vagas à formação médica no país, o fortalecimento da Atenção Básica e a elevação do financiamento da Saúde. A imagem de um Sistema de Saúde hospitalocêntrico, crítica frequente dos reformistas do Sistema de Saúde brasileiro, emerge claramente, sinalizando na crítica ao PMM o não compartilhamento com tal perspectiva da reforma sanitária.

A relação do governo com a corporação médica e as disputas de atores estatais do Governo Federal com representações médicas é apresentada como parte das críticas ao programa. A crença é a de que a interferência do Estado na regulação da formação e provisão de médicos é uma criminalização dos médicos e incitação ao ódio da população contra eles. Há reforço da imagem de manutenção do *status* e do poder simbólico do médico em relação à sociedade e ao Estado. A participação dos médicos cubanos foi criticada com base em dois argumentos centrais: a inadequação da relação dos governos Brasil-Cuba e a remuneração dos médicos. As imagens que essas ideias reproduzem é a de associação do governo brasileiro ao regime comunista cubano, imposição de distinção social dos médicos e necessidade de protegê-los do controle do Estado. Os posicionamentos dos candidatos sobre a presença dos médicos cubanos foram se alterando ao longo do tempo. Em julho de 2014, os posicionamentos que se opunham à presença no país dos médicos cubanos cooperados eram mais frequentes e enfáticos, tais como: "O Brasil precisa de mais médicos, mas não é do jeito que o PT fez. Precisamos de mais médicos, mas não pode ser através dos cubanos".

A aceitação dos profissionais cubanos, a defesa de sua presença e a formulação de propostas alternativas para a permanência no Brasil passaram a ser defendidas ao longo do período: "O que eu não permitirei, em primeiro lugar, é que haja discriminação em relação aos médicos cubanos. Os médicos estrangeiros são bem-vindos ao Brasil. No nosso governo, o Brasil vai criar condições e cursos para qualificação desses médicos para que eles se submetam ao Revalida".

Os posicionamentos iniciais reproduziam a crença da inadequação da presença dos médicos estrangeiros, especialmente cubanos, no país. A imagem reproduzida era a da desqualificação desses médicos: por serem negros, por uma aparência identificada com a proveniência das classes populares e por serem oriundos de um regime comunista e supostamente se submeterem a remunerações baixas e à exploração do Estado cubano, o que contaria não só com a complacência do governo brasileiro, mas apontaria o perfil que o governo propunha a uma nova categoria médica brasileira. A alteração dos posicionamentos dos candidatos está relacionada com a opinião pública sobre o programa: "A avaliação de pesquisas internas é que o Mais Médicos é uma 'ferramenta de marketing' que foi bem utilizada pelo PT. Como o programa é bem avaliado, a decisão foi defender sua manutenção, com ressalvas".

A necessidade de manutenção de compromisso com os interesses e as crenças compartilhadas pela corporação médica é verificada pelo condicionamento da permanência dos médicos estrangeiros à realização do Revalida, prova federal de validação do diploma médico reconhecida pelas entidades médicas. Além da obrigatoriedade do Revalida, a proposição da carreira médica nacional e outras propostas apresentadas pelos críticos ao programa retomam as ideias defendidas pela corporação médica: "Vou implementar políticas reivindicadas pela categoria, como a instituição de uma carreira médica nacional".

A crença subjacente à ideia de uma carreira médica nacional apresentada pela corporação médica é a de que o problema da falta de médicos está relacionado com a insuficiência de carreiras, estabilidade e remuneração adequados para esses profissionais, aos moldes do Projeto de Emenda Constitucional 454 de 2009²⁴, de autoria do Senador Ronaldo Caiado, defendido pelas entidades médicas e criticado pelos Conselhos Nacional de Saúde (CNS), de Secretários de Saúde (Conass) e de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Esta crença de que uma carreira médica análoga àquela do judiciário, mas de base nacional e não regional como esta, conseguiria ser suficiente para garantir o provimento e a fixação de profissionais nas localidades de escassez de profissionais não é confirmada pelos estudos que têm sido utilizados pela Organização Mundial da Saúde para estudar e sistematizar estratégias desenvolvidas nos diversos países com esses objetivos²⁵⁻²⁸. No entanto, pode-se observar que os posicionamentos dos candidatos críticos ao PMM buscavam aceitar o programa como medida

imediate e “paliativa” e, ao mesmo tempo, reforçar esta crença evitando entrar em conflito com esta proposta da categoria médica.

As ideias apresentadas pelos candidatos favoráveis ao programa estão apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3. Ideias, crenças e imagens sobre o PMM referidas por candidatos favoráveis ao Programa

Ideias	Crenças
<p>“O Mais Médicos ‘levou profissionais para comunidades indígenas’ que não tinham contato nenhum com profissionais de saúde.”</p>	<p>Papel da política pública na superação das iniquidades e na garantia de acesso às populações vulneráveis. Construção de solidariedade e superação das desigualdades.</p>
<p>“O programa é importante para ‘garantir atendimento em localidades carentes de assistência’, já que há falta de profissionais interessados em atuar em diversas áreas. O programa está no interior e também nas capitais onde não há médicos.” “É um ‘equivoco achar que o programa serve para atender a regiões mais isoladas, pois o programa atende a cidades’ com grande volume de população que estão desassistidas.”</p>	<p>Papel da política pública na superação das iniquidades e na garantia de acesso às populações vulneráveis. Falta de acesso e desassistência não está restrita às áreas rurais e longínquas do país, mas também nas periferias dos centros urbanos. Construção de solidariedade e superação das desigualdades.</p>
<p>“Significou mais de ‘14 mil profissionais, garantindo 50 milhões de atendimento com um prazo recorde’ de ampliação de atendimento”.</p>	<p>Eficiência das políticas públicas e da intervenção do estado. O estado é capaz de realizar ações grandiosas em prazos adequados.</p>
<p>“Além de ‘aumentar o atendimento na Atenção Básica, o programa auxilia no desafogar dos prontos-socorros’, pois há médicos na Atenção Básica.” “Mais Médicos proporciona atendimento perto de casa’.”</p>	<p>Proximidade e resolutividade da Atenção Básica e impacto nos demais serviços. Atenção Básica ampliando acesso.</p>
<p>“Ampliar para o Programa Mais Médicos trazendo especialistas’ para desafogar as demandas da população que ficam meses esperando atendimento especializado”.</p>	<p>Demanda de mais médicos e na possibilidade de alternativa semelhante para ampliar acesso aos especialistas. Sucesso do programa a ser expandido para as especialidades.</p>
<p>“‘Mais médicos especialistas’ será para que as pessoas não precisem sair de suas cidades”. “O Mais Médicos foi adotado às pressas, em resposta às manifestações de junho de 2013”. “‘Não fizemos o Mais Médicos por causa das manifestações de julho’. O programa já estava em construção.” “Mais Médicos nasce de uma demanda dos prefeitos de todo o país e de todos os partidos”.</p>	<p>Atores estatais e suprapartidários são mais influentes para demandar políticas públicas que manifestações populares. Responder a manifestações populares é atitude eleitoreira. Hierarquia entre os atores nas demandas por políticas públicas.</p>

Fonte: Dados primários da pesquisa.

As ideias apresentadas pelos candidatos favoráveis ao PMM podem ser classificadas em quatro categorias: 1) pertinência – da provisão emergencial, da presença dos profissionais estrangeiros e da ampliação do acesso à saúde das populações vulneráveis e desassistidas; 2) importância – para a qualificação da Atenção Básica e para o papel desta nas respostas às necessidades em saúde; 3) extrapolação – ampliação do PMM para a atenção especializada; e 4) demanda – justificativa da criação do programa como demanda institucional dos atores estatais (prefeitos) e suprapartidária.

As ideias até aqui apresentadas, seja dos candidatos favoráveis ou críticos ao PMM, reforçam a crença de que o programa se restringe à provisão emergencial. Reproduzem a imagem de que a participação de profissionais estrangeiros, cubanos em especial, é a principal questão em disputa. O tema da mudança na formação médica, nos moldes em que são tratados na Lei³, está secundarizado nas intervenções dos candidatos na mídia. Quando referida, restringiu-se às proposições de ampliação das vagas na graduação e na residência:

- Todo médico cubano que quiser permanecer terá seu salário pago integralmente para si próprio e receberá asilo político. Com isso, teremos tempo para investir na expansão das vagas de Medicina nas redes universitárias pública e privada.

- Vamos fazer uma política pública com os médicos, com todos os profissionais de Saúde, formando brasileiros no interior do Brasil para cuidar dos brasileiros; ampliando, nas universidades públicas, a formação, não só na graduação, mas nas especialidades que o Brasil precisa.

- O programa prevê também mais 11 mil vagas em cursos de Medicina e 12 mil para residências médicas para atender à demanda futura. Às vezes a solução oportuna, na hora que a população precisa, não é estruturadora, mas não dava para esperar abrir cursos de Medicina enquanto a população adoecia e morria. O PMM é mais do que os 14 mil médicos colocados nos municípios de maior vulnerabilidade.

Percebe-se que tanto os candidatos críticos quanto os favoráveis ao PMM propõem a expansão das vagas de Medicina, reforçando a convergência apresentada anteriormente quanto à crença de que é necessário ampliar o número de médicos no país com a expansão dos cursos de graduação e de residência. No entanto, o conteúdo e a direcionalidade da mudança na formação, mesmo nos moldes já tratados na Lei, não esteve em discussão. O papel do Estado como regulador da oferta de formação, provisionamento dos postos de trabalho, recomposição dos perfis de competência das profissões e regionalização de ofertas não esteve entre as manifestações.

Discussão e conclusões

Os dados analisados demonstram que o tema da provisão médica no SUS e, mais especificamente, a implementação do PMM no eixo de provimento emergencial foi incorporado ao debate político mais amplo, extrapolou o subsistema ou campo da saúde e foi assumido como uma agenda dos atores estratégicos implicados no sistema político e, portanto, na disputa por significados e identidades dos atores sociais durante o período eleitoral. O mesmo não ocorreu de forma significativa com as proposições do programa acerca da qualificação da infraestrutura e das mudanças na formação em Medicina, sequer a noção de cobertura assistencial por equipes multiprofissionais, territorialização da assistência e lógicas de rede de atenção.

Percebeu-se que o PMM, relativamente ao provimento emergencial, tornou-se uma questão sobre a qual os candidatos não deixaram de se referir na disputa pelo reconhecimento público durante o processo eleitoral. Cabe destaque que, neste caso, tanto candidatos francamente favoráveis quanto aqueles que apresentavam críticas expressaram publicamente que o programa se constituía em necessidade com a qual estariam comprometidos, sendo raras as intervenções posicionadas contrariamente ao programa ou que questionavam sua necessidade.

Esse posicionamento pode ser compreendido a partir da necessidade dos atores estratégicos hábeis posicionarem-se publicamente respondendo ou construindo as preferências das pessoas e do ambiente, ou seja, no processo eleitoral está em questão a capacidade de os atores estratégicos lerem e disputarem as preferências dos eleitores, constituindo-se como representantes destas expectativas, dos significados e das identidades compartilhados entre os atores sociais. O fato de os candidatos expressarem majoritariamente posicionamentos favoráveis, em parte, explica-se como resultado do conjunto de pesquisas e da avaliação da opinião pública que sinalizavam a aprovação da população sobre o provimento emergencial do PMM que estava implantado.

Dessa forma, o processo de debate público sobre a pertinência do programa favorecia àqueles candidatos que o implementaram, e os candidatos que pretendiam angariar apoio e relação de

identidade compartilhada com eleitores posicionavam-se favoravelmente à sua manutenção. Isso implica que possíveis propostas de mudanças no rumo da política, como a extinção do programa, poderiam acarretar a perda de apoio aos atores que a propunham. Chama atenção a diminuição da expressão na mídia dos posicionamentos dos candidatos sobre o PMM no mês de outubro de 2014, último e decisivo período do processo eleitoral, relativo ao segundo turno das eleições. Analisando-se a base de dados, observou-se que, nesse período, a maior parte das reportagens do tema saúde foram sobre a epidemia de ebola na África.

Na construção de políticas públicas, a relevância da definição do problema se deve ao fato de que é um indicativo para o desenho da solução¹⁴. A convergência do posicionamento dos candidatos de que o problema é a escassez de médicos e a solução é prover mais médicos aponta para a construção de que este é o significado compartilhado e com o qual a maior parte dos brasileiros se identifica, uma vez que a pretensão desses atores é representar a preferência dos seus eleitores. Trata-se de um posicionamento diferente daquele apresentado pela representação da corporação médica, uma vez que esta sinalizava a suficiência de médicos no Brasil²⁴.

Cabe destacar que a definição do problema é questão central para a formulação de políticas públicas. Caso o problema fosse referido como falta de trabalhadores para garantir a Atenção à Saúde, a solução proposta poderia ser, por exemplo, expandir o escopo de práticas de outros profissionais; revisar as regulações de atos privativos das diversas profissões; rever os processos de trabalho das equipes de saúde etc. Essas ideias sobre problemas/soluções estiveram e permanecem na agenda de atores do setor da saúde, como as disputas em torno da legislação do Ato Médico, mas não apareceram na agenda dos candidatos. As ideias que defendem a prioridade de investimentos hospitalares, como problemas/soluções do Sistema de Saúde, foram pouco frequentes se comparadas àquelas que apoiaram e sinalizaram a prioridade na Atenção Básica e na ampliação de especialistas no Sistema de Saúde como um todo, como resposta para qualificação da atenção. Essas ideias expressam diferentes crenças e imagens sobre a organização do Sistema de Saúde e sobre a modelagem tecnoassistencial que deve orientá-lo. De um lado, a perspectiva da centralidade no hospital e nas tecnologias duras; de outro, a perspectiva da integralidade, com acesso aos profissionais e centrada no trabalho vivo, em ato, em contato, em encontro²⁹.

Para a mudança ou consolidação de políticas públicas, é importante que os atores compartilhem sentidos e significados e se identifiquem no diagnóstico do problema e com as soluções projetadas. A demanda por mais profissionais, a ampliação do escopo de práticas da equipe multiprofissional e a necessidade de investimento na infraestrutura dos serviços, hospitais ou unidades básicas para ampliar e qualificar o cuidado não necessariamente são problemas/soluções excludentes. No entanto, as divergências ou convergências sobre a relevância das propostas e as crenças e imagens compartilhadas influenciam diretamente as prioridades da ação do Estado e, portanto, o escopo das políticas públicas.

Para que mudanças expressivas nas políticas públicas aconteçam, os temas devem estar na agenda dos atores e as ideias, crenças e imagens sobre a necessidade e direcionalidade das mudanças precisam ser compartilhadas. O fato de as propostas de reformulação da formação médica não estarem em destaque na mídia, na agenda dos candidatos e consequentemente do público em geral sinaliza que: 1) essas mudanças são menos relevantes para os atores da política estatal em geral; 2) são ideias pouco conhecidas pela maior parte dos atores e com as quais não se identificam; 3) implicam propostas conflituosas com pouca capacidade de aglutinar atores na sociedade; 4) são reconhecidas como questões dirigidas a especialistas; 5) serão mantidas no interior do campo da Saúde e da Educação, uma vez que já estão previstas em lei, em um contexto de considerável disputa entre os atores no processo de implantação.

Cabe destaque em especial à crença do *status* diferenciado dos médicos relacionado à formação especializada. A imagem de uma superioridade técnica, política e financeira atribuída aos especialistas, em detrimento do médico “generalista”, “clínico geral” ou “de família e comunidade”, compartilhada pelos atores coletivos, pelos atuais e novos graduandos em Medicina, será relevante no processo de consolidação da nova regra das residências médicas prevista na lei do Programa³. Nos processos eleitorais, uma vez que está em questão a troca ou a continuidade das coligações políticas na direção do Estado, evidenciam-se as disputas pela consolidação, mudanças incrementais ou radicais nas

políticas públicas existentes. Como nos processos de implementação de políticas públicas, a mídia é reconhecida como lócus de disputa simbólica entre os atores; os posicionamentos predominantemente favoráveis permitem angariar apoio e facilitar o processo de implementação das políticas públicas em andamento, enquanto os posicionamentos majoritariamente negativos podem até comprometer sua execução³⁰.

No caso do PMM, especificamente no aspecto da provisão emergencial e da ampliação das vagas de graduação e de residência em Medicina, os posicionamentos que defendiam a consolidação ou mudanças incrementais foram mais frequentes, sugerindo custo político significativo para mudanças radicais. De toda forma, é importante considerar que o tema do provimento de trabalhadores, em especial de médicos, e a visibilidade que a organização dos serviços de Atenção Básica do SUS teve na agenda do processo eleitoral demonstra uma relevância setorial importante no conjunto das políticas e prioridades governamentais. O seguimento das análises poderá monitorar variações nessa condição e a produção de novas construções discursivas, por parte dos diferentes atores, apontando a ascensão ou o declínio dessa temática na agenda das políticas públicas.

Colaboradores

Todos os autores participaram ativamente da discussão dos resultados e da revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Penteado CC, Fortunato I. Mídia e políticas públicas: possíveis campos exploratórios. *Rev Bras Cienci Soc.* 2015; 30(87):129-41.
2. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. *Divulg Saúde Debate.* 2014; 51:105-20.
3. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. *Diário Oficial da União.* 21 Out. 2011.
4. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu).* 2013; 17(47):913-26.
5. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 23 Out. 2013.
6. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(54):623-34.

7. Pinto HA, Sousa A, Ferla AA. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate*. 2014; 38(Especial):358-72.
8. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA; 1993.
9. Merhy EE. A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec; 1992.
10. Menicucci TMG. Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político - o caso da política de saúde. *Lócus Revista*. 2009; 15(2):47-69.
11. Pinto HA, Ferla AA. Formulação e implementação de políticas como pedagogias para a gestão: um ensaio a partir de três casos do Sistema Único de Saúde. *Saúde Redes*. 2015; 1(1):81-94.
12. Ingram H, Schneider AL, de-Leon P. Social construction and policy design. In: Sabatier PA, editor. *Theories of the policy process*. Boulder, CO: Westview Press; 2007. p. 93-126.
13. True JL, Jones BD, Baumgartner FR. Punctuated-equilibrium theory: explaining stability and change in public policymaking. In: Sabatier PA, editor. *Theories of the policy process*. Boulder, CO: Westview Press; 2007. p. 155-88.
14. Zahariadis N. The multiple streams framework: structure, limitations, prospects. In: Sabatier PA, editor. *Theories of the policy process*. Boulder, CO: Westview Press; 2007. p. 65-92.
15. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*. 2006; 16:20-45.
16. McCombs M. A teoria da agenda: a mídia e a opinião pública. Petrópolis: Vozes; 2009.
17. Ringoot R. Por que e como analisar o discurso no contexto dos estudos sobre jornalismo? *Comun Espaço Público*. 2006; 9(1,2):133-9.
18. Cohn A. Políticas de saúde e reforma sanitária hoje: delimitações e possibilidades. *Ciênc Saúde Colet*. 2008; 13(2):2021-23.
19. Miguel LF. Os meios de comunicação e a prática política. *Lua Nova*. 2002; 55-56:155-84.
20. Fligstein N, McAdam D. *A theory of fields*. New York: Oxford University; 2012.
21. Ostrom E. Institutional rational choice: an assessment of the institutional analysis and development framework. In: Sabatier PA, editor. *Theories of the policy process*. Boulder, CO: Westview Press; 2007. p. 21-64.
22. Campbell J. Ideas, politics and public policy. *Annu Rev Sociol*. 2002; 28:21-38.
23. Faria CAP. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Rev Bras Cienc Soc*. 2003; 18(51):21-30.
24. Senado Federal (BR). Projeto de Emenda Constitucional 454, de 2009. Altera o Título VIII, Capítulo II, Seção II - "Da Saúde" -, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [acesso em 11 Set 2016]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=464909>
25. Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet*. 2008; 371(9613):668-74.
26. Buykx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health*. 2010; 18(3):102-9.

27. Dolea C, Stormont L, Braichet J. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ.* 2010; 88(5):379-85.
28. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8:19.
29. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo.* São Paulo: Hucitec; 2002.
30. Penteadó CC, Fortunato I. Mídia e políticas públicas: possíveis campos exploratórios. *Rev Bras Cienc Soc.* 2015; 30(87):129-41.

Ferla AA, Pinto HA, Possa LB, Trepte RF, Ceccim RB. Ideas, imágenes y creencias en la producción de políticas públicas: el caso del Programa Más Médicos. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(Supl.1):1129-41.

El artículo analiza las manifestaciones de los candidatos a cargos electivos en el ámbito federal y de los estados, durante el proceso electoral del año 2014, con relación al Programa Más Médicos, presentes en los medios comerciales impresos y on-line, identificando ideas, imágenes y creencias sobre tal política pública. Un mapeo del posicionamiento de los candidatos tenía el objetivo de identificar sentidos y significados sobre el programa, explicitando la descripción de problemas y soluciones sobre la provisión de trabajadores en el Sistema Brasileño de Salud. Los datos obtenidos demostraron que el tema de la provisión de emergencia de médicos sobrepasó el sub-sistema o "campo" de la salud y fue asumido como agenda en el sistema político. Tanto los candidatos manifiestamente favorables al programa, como aquellos que hacían críticas, expresaron públicamente la imagen de un programa necesario y una estrategia con la que estarían comprometidos. El programa amplió mucho la visibilidad de la agenda sectorial de la salud.

Palabras clave: Programa Más Médicos. Atención Básica. Provisión de profesionales. Medios.

Submetido em 20/06/2016. Aprovado em 23/06/2017.

Programa Mais Médicos:

elementos de tensão entre governo e entidades médicas

Maria Martins Alessio^(a)
 Maria Fátima de Sousa^(b)

Alessio MM, Sousa MF. The More Doctors Program: elements of tension between the government and medical associations. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1143-56.

In 2013, the first physicians arrived for the More Doctors Program. The process of implementation was engulfed in legal disputes and ideological conflicts sparked by Brazilian physicians and their representative associations. The initiative to create the program was seen by the medical associations as a unilateral measure of the federal government, lacking in planning and designed to win votes. This paper presents the historical process that gave rise to the program, highlighting the tension between the government and medical associations. It is an exploratory study with biographical and documental research. Through analyzing data and national and international trends, as well as statements from physicians and their representative associations, it can be inferred that the program is not understood in its entirety, which goes beyond the immediate provision of physicians. In addition, the regulatory role of the State, in its responsibility to comply with the Federal Constitution, is being misinterpreted as undermining the autonomy of the medical profession.

Keywords: Public health policies. Health human resources. Demography, provision and distribution. Internship and residence. Health Planning.

Em 2013, chegaram os primeiros médicos pelo Programa Mais Médicos. O seu processo de implantação foi cercado de disputas judiciais e embates ideológicos advindos de médicos brasileiros e suas entidades representativas. A iniciativa de criação do programa foi creditada pelas entidades médicas como uma medida unilateral do Governo Federal, eleitoreira e sem planejamento. O artigo resgata o processo histórico que deu origem ao Programa Mais Médicos, destacando a tensão entre governo e entidades médicas. Trata-se de estudo exploratório com pesquisa bibliográfica e documental. Analisando dados e tendências nacionais e internacionais e discursos de médicos e suas entidades representativas, é possível inferir que o programa não está sendo compreendido na sua totalidade, que vai além da provisão imediata de médicos. Além disso, o papel regulador do Estado para cumprir a Constituição Federal está sendo confundido com interferência na autonomia da profissão médica.

Palavras-chave: Políticas públicas de Saúde. Recursos humanos em Saúde. Demografia, provisão e distribuição. Internato e residência. Planejamento em Saúde.

^(a) Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Setor de Áreas Isoladas Norte, SAIN - Asa Norte, Bloco B, Brasília, DF, Brasil. 70086-900; maria.alessio@gmail.com

^(b) Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. fatimasousa@unb.br

Introdução

Há mais de três décadas, a necessidade de debate e planejamento acerca do tema Recursos Humanos em Saúde é reconhecida. Por deliberação da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, aconteceu a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde, no mesmo ano. Desde então, o tema de Recursos Humanos em Saúde estaria presente em todas as CNS¹, tendo, em 1994, a 9ª CNS sugerido a criação de uma Política Nacional de Recursos Humanos².

Pouco antes de ser lançado o edital de adesão de municípios para o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), foi publicado, em julho de 2013, o primeiro edital de chamamento de médicos para o projeto. A demanda dos gestores municipais por médicos para atuarem em equipes de Saúde da Família chegou a 15.460 vagas³, que não foram preenchidas apenas por médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no país e, como previsto na legislação⁴, os médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras foram convocados para suprir essa necessidade. Outros ciclos de chamamento de médicos foram estabelecidos até que se atingisse a meta de atender à demanda de todos os gestores, respeitando o teto da Atenção Básica (AB) de cada município. Um ano após o início do Programa Mais Médicos (PMM), 14.462 médicos estavam atuando em 3.785 municípios de todos os estados do país e assistindo cerca de cinquenta milhões de pessoas^(c). Pela primeira vez, todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Disei) registraram a presença de médicos de maneira ininterrupta nos seus territórios. Entre estes mais de 14 mil médicos, apenas 1.846 eram brasileiros⁶.

O PMMB é um dos cinco capítulos da Lei que institui o PMM, que, por sua vez, possui espectros de ações que variam de curto a longo prazo e se desenvolve em três eixos fundamentais: (i) ampliação e melhoria da infraestrutura de unidades de saúde; (ii) provimento emergencial de médicos para áreas desassistidas; e (iii) formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS)⁴. Dessa maneira, a participação de médicos estrangeiros na AB é parte, e não o todo do PMM.

Acusado pelas entidades médicas de ter lançado tal programa como medida eleitoreira^{7,8} para aplacar os ânimos das massas, que expuseram sua insatisfação em relação a diferentes temas sociais na forma de volumosos protestos de rua em junho de 2013, após a edição da Medida Provisória (MP) nº 621/2013, o governo consegue aprovação da Lei nº 12.871, de 2013, consolidando, assim, o PMM⁴. Em abril do mesmo ano, a presidente Dilma já havia sido clara quanto à possibilidade de contratação de médicos estrangeiros pelo Governo Federal durante encontro com gestores municipais em Brasília⁹ e após ter recebido abaixo-assinado do movimento “Cadê o médico”, organizado pela Frente Nacional de Prefeitos, em janeiro¹⁰.

Sousa e Mendonça¹ fazem um amplo resgate de episódios históricos de construção coletiva na evolução da saúde pública brasileira e que, forçosamente, desembocam no PMM, contradizendo o discurso de muitos atores da sociedade civil e, de maneira mais contundente, das entidades médicas, de que a deflagração do programa seria fruto de um ato impensado, não planejado e autoritário do Governo Federal¹¹⁻¹³.

Paralelamente a esse momento vivido no Brasil, o mundo discute o tema da crise dos recursos humanos em saúde^{14,15}.

^(c) A Política Nacional da Atenção Básica define que cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000⁵.

Este artigo é parte da dissertação do Mestrado Profissional do Programa de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e pretende resgatar momentos do processo histórico que deram origem ao PMM, fora os protestos de junho de 2013, além de destacar os elementos de tensão gerados nesse processo entre governo e sociedade civil, com recorte para as entidades médicas. Trata-se de estudo exploratório com uso de pesquisa bibliográfica não sistemática e análise documental no qual foram analisados documentos oficiais, artigos de periódicos, apresentações oficiais e artigos de jornal em meio eletrônico. Todas as fontes consultadas são de livre acesso à consulta pública, não tendo sido necessária a aprovação pelo Comitê de Ética.

As condições de acesso à formação médica e aos serviços médicos no país

O PMM foi anunciado em um ano de efervescência política no país, quando protestos de rua se alastraram por diversas cidades brasileiras. Mesmo que de forma pouco ordenada, heterogênea e pouco coesa, o movimento de junho de 2013 expressava o “descontentamento com as ações dos Poderes Executivos municipal, estadual e federal, assim como as do Poder Legislativo”¹⁶.

Entre tantos outros, o tema “saúde” apareceu frequentemente nesses protestos. Em fevereiro de 2011, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) já havia divulgado estudo sobre a percepção que aponta a falta de médicos como um dos principais problemas identificados pela população, usuária ou não do SUS¹⁷.

De fato, em dezembro do mesmo ano, o Conselho Federal de Medicina (CFM) entregou estudo sobre demografia médica ao Ministério da Saúde, que revelava uma distribuição desigual de médicos no território brasileiro, mas também entre sistemas público e privado de saúde¹⁸.

Um trabalho do Observatório de Recursos Humanos em Saúde de Minas Gerais, de 2010, já havia trazido resultados em relação à construção de um índice para medir a intensidade da escassez de médicos. Apesar de identificarem a razão média de cerca de um médico em atividade registrada no Brasil para 540 habitantes (1,8 médico por 1000 habitantes), “em torno de 25% dos municípios brasileiros contavam com a razão de um médico para mais de 3.000 habitantes”¹⁹.

Em abril de 2011, o Ministério da Saúde promoveu o Seminário Nacional Sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade, cujo objetivo foi “debater e oferecer subsídios para a construção de propostas e de viabilidade política e técnica que assegurem acesso universal aos serviços de atenção à saúde [...]”²⁰. Contou com a participação de instituições e entidades representativas dos poderes legislativo e executivo; dos setores da saúde, da educação e do trabalho; do controle social; e dos entes federados dos níveis estadual e municipal.

Em fevereiro de 2012 é instituído o Comitê Estratégico para o Aperfeiçoamento da Qualidade da Formação de Profissionais de Saúde e de Estudos de Necessidade de Profissionais de Saúde e de Especialistas para o SUS, que previa a participação de representantes de entidades profissionais, de ensino e gestores da área da saúde²¹. Em outubro de 2013 acontece, em Recife, o III Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde em Recife, intitulado “Enfrentar o grande desafio que representam os Recursos Humanos em Saúde”. Edições anteriores do Fórum aconteceram em Kampala – Uganda, em 2008, e em Bangkok – Tailândia, em 2011, abordando a questão da crise de recursos humanos em Saúde ao redor do mundo¹⁴. Em recente artigo do *The New England Journal of Medicine*¹⁵, são feitas importantes considerações a respeito da crise de severa diminuição e evidente má distribuição de profissionais de saúde em diversos países de diferentes graus de desenvolvimento social e econômico.

Enquanto a Lei nº 12.871/2013, em seu artigo 30, delimita o número de médicos estrangeiros no PMMB a 10% do número total de médicos com inscrição definitiva no Brasil, os Estados Unidos da América (EUA) contam com 25% da sua força de trabalho médico composta por médicos estrangeiros (ou que se formaram no exterior); a Inglaterra, com 28,3%; o Canadá, com 23,1%; e a Austrália, com 26,5%, sendo que mais de 50% desses médicos com diploma estrangeiro dos EUA e da Inglaterra (60,2% e 75,2%, respectivamente) vêm de países de baixa renda, como Filipinas e Índia²². Até

o fim de 2012, o Brasil contava com 388.015 médicos^(d) com registro ativo; destes, apenas 1,75% eram estrangeiros ou brasileiros formados no exterior^{23(e)}. O Revalida é um exame nacional para revalidação de diplomas de médicos formados no exterior e hoje um dos principais instrumentos existentes no país para tal. Existe desde 2011, mas vem apresentando aprovações decrescentes, como revela o Gráfico 1, e nunca passou por “nivelamento” com formandos brasileiros, o que não nos permite avaliar se trata-se de avaliação inclusiva ao nível dos conhecimentos da média dos médicos brasileiros ou um teste de caráter excludente.

^(d) O estudo do CFM considera a população de médicos ativos por cada registro ativo. Portanto, se um médico possuir registro ativo em dois estados diferentes, ele contará por dois. Dos 388.015 médicos com registro ativo, 93,6% deles têm apenas um registro ativo²³.

^(e) Há números divergentes apresentados no estudo em questão; para este trabalho, consideramos 6.822 o número total de médicos estrangeiros atuando no país em 2012²³.

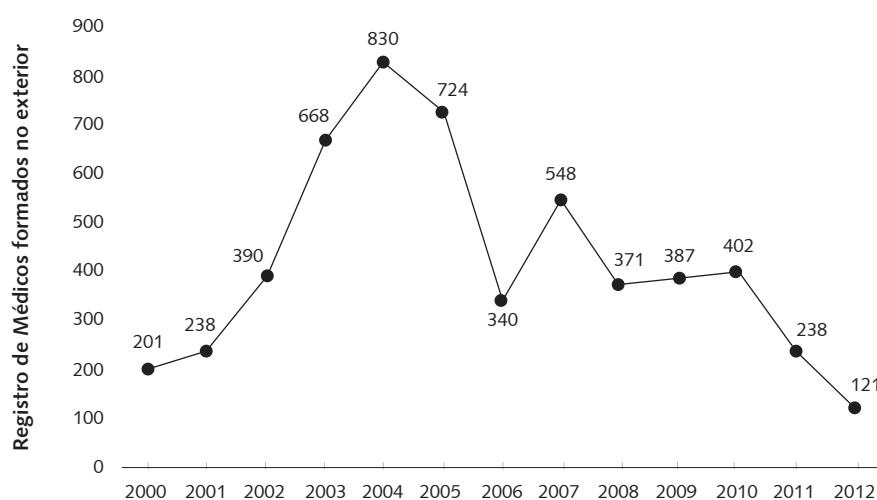


Gráfico 1. Entrada de médicos formados no exterior entre 2000 e 2012

* No ano de 2012, foram computados os registros até o mês de julho.

Fonte: CFM; Pesquisa Demografia Médica no Brasil, 2013.

Por outro lado, o Brasil possui cerca de 7,6 concluintes em graduação em Medicina por 100.000 habitantes, frente aos 6,91 dos EUA (Tabela 1), o que tem sido motivo de argumentação das entidades médicas contra o aumento de vagas em cursos de Medicina no Brasil e que remontam a campanhas como a lançada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) em 1999 intitulada “Novos cursos de Medicina fazem mal à saúde”²⁴. Portanto, não nos parece que os EUA tenham menos vagas em cursos de Medicina por habitante porque têm médicos estadunidenses suficientes sendo formados no seu território, mas porque fizeram a opção pela importação de médicos, e não no investimento na abertura de novas vagas de graduação. Outros exemplos não são infrequentes; em matéria para o jornal Folha de São Paulo, Abramczyk destaca a manifestação da Associação Médica Brasileira (AMB), da Associação Paulista de Medicina e de outras entidades médicas contra a criação de novas escolas médicas²⁵. Em site do

CFM, Brandão afirma que a abertura de novos cursos de Medicina não resolverá o “caos do atendimento”²⁶ e, em 2012, o CFM criticou o anúncio do governo da abertura de novas vagas em cursos de Medicina, alegando que não há falta de médicos no Brasil²⁷.

Tabela 1. Razão de concluintes de cursos de Medicina por 100.000 habitantes

País	2008	2009	2010	2011
Austrália*	11,24	10,89	12,08	13,48
Canadá*	6,37	6,94	7,18	7,35
Reino Unido*	11,12	11,30	11,31	11,43
EUA*	6,42	6,70	6,62	6,91
Brasil**	5,71	6,20	6,81	7,61

Fonte: * OECD.StatExtracts, ([s.d.]); ** Martins, Silveira e Silvestre (2013) e IBGE.

Em outra análise, o CFM indica que o Brasil conta com 197 escolas médicas e os Estados Unidos, com 137 escolas de Medicina, mesmo com uma população superior à brasileira²⁸. Dessa forma, também não nos parece adequado comparar países pelo número absoluto de escolas médicas, pois este não revela o número de vagas de graduação pela população. Exemplo para ilustrar o viés em tal comparação é o fato de a Universidade Estadual de Maringá (PR) oferecer 40 vagas anuais de Medicina²⁹ e a University of Minnesota Medical School (EUA), 230 vagas ao ano³⁰. Este último parâmetro, por sua vez, não pode ser comparado tampouco entre países sem levar em conta a política de importação de médicos, além, evidentemente, das necessidades nos processos saúde-doença e do crescimento demográfico particulares.

Fazendo um recorte dos últimos 15 anos, o Brasil ensaiou algumas estratégias para enfrentar o desafio do provimento de profissionais de saúde no país, especialmente no interior, não sendo esta uma novidade da atual gestão do governo Federal (Quadro 1). Em artigo intitulado “Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil”³¹, evidenciam-se três principais fatores de estrangulamento para o desenvolvimento do SUS, desde meados dos anos 1980:

- (i) competências insuficientes e acesso limitado a treinamentos dos profissionais de saúde e má distribuição destes; (ii) baixa capacidade de lidar com questões locais de gerenciamento de Recursos Humanos em Saúde (RHS) e (iii) falta de ligação entre os setores de educação e treinamento dos profissionais de saúde e o sistema de saúde. Foi igualmente reconhecido que o sistema de saúde não podia esperar que o sistema educacional tivesse iniciativa própria em preparar profissionais para novos papéis.⁽⁶⁾

⁽⁶⁾ Tradução livre.

Quadro 1. Iniciativas federais para enfrentamento dos temas sobre provimento de profissionais de saúde e reorientação profissional em saúde a partir do ano 2000

Ano	Programa	Marco legal	Descrição
2001	PITS	Decreto Presidencial nº 3745, de 5 de fevereiro de 2001	Cria o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Encerrado em 2004, o Programa teve 4.666 médicos inscritos nos quatro anos em que esteve ativo, mas apenas 469 deles assumiram as atividades nos municípios (Maciel Filho, 2008).
2001	Fies	Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001	Institui o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior.
2002	Promed	Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002	Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas, com o objetivo de incentivar a promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares baseadas nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina.
2003	SGTES	Decreto Presidencial nº 4.726, de 9 de junho de 2003	Cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde, composta pelos Departamentos de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e de Gestão da Educação em Saúde (Deges).
2005	Pró-Saúde	Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005	Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. O Programa visa incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para abordagem integral do processo de saúde-doença.
2007	Ciges	Decreto nº 20/2007	Cria a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde com função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde.
2007	Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil	Portaria Conjunta nº 1, de 23 de outubro de 2007	Ciges cria a Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil.
2009	Pet-Saúde	Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008	Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, que objetiva, entre outros fins, contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do país e sensibilizá-los e prepará-los para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira.
2009	Pró-Residência	Portaria interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009	Institui o Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas. Financia bolsas de residências médicas para Programas de Residência Médica (PRM) em especialidades e regiões prioritárias para o SUS. Das 21.110 vagas de primeiro ano (R1) existentes em 2014, o Ministério da Saúde disponibilizou financiamento para 5.125 delas. Antes do programa, este ministério financiava apenas poucas vagas de projetos isolados.
2010	Fies Atenção Básica	Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010	Institui carência estendida para médicos que optarem por PRM em áreas prioritárias para o SUS, além de abatimento da dívida para médicos que atuarem na Atenção Básica de regiões prioritárias do país.
2013	Programa Mais Médicos	Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013 – convertida na lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013	Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.
2013	DPREPS e DDES	Decreto Presidencial nº 8.065, de 7 de agosto de 2013	Cria o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DPREPS), no âmbito da SGTES/MS, e a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES), no âmbito da SESU/MEC.

Autoria: Alessio MM

As tensões decorrentes dos interesses defendidos pelas entidades médicas e a responsabilidade pública

Apesar do histórico das políticas públicas para saúde trabalhadas e debatidas com ampla participação de diferentes atores, as entidades médicas se detêm, essencialmente, em quatro linhas de argumentação centrais para se contrapor ao PMM e que aparecem em documentos distintos, como a carta aberta aos médicos e à população brasileira “Os médicos na luta em defesa da saúde pública”³², a petição de anulação do PMM elaborada pela AMB ao Supremo Tribunal Federal³³ e a nota divulgada pelo CFM e Conselhos Regionais de Medicina (CRM) sobre balanço de um ano do PMM feito pelo governo federal³⁴:

1. A atuação de médicos estrangeiros sem revalidação de diploma pelo Revalida – Discursos mesclam preocupação com a liberdade de exercício da Medicina com preocupação com a população, que seria atendida por profissionais sem qualificação comprovada.
2. Abertura de novas escolas médicas – Aqui, mesclam-se a preocupação com a qualidade da formação das novas escolas médicas e a preocupação com a desvalorização do profissional médico caso comece a haver um excedente destes profissionais no mercado.
3. Faltam planos de carreira para o médico – Ressaltam a importância do papel de uma carreira para o provimento e fixação do profissional médico, mas omitem os papéis constitucionais de cada ente federativo do País nesse quesito.
4. Não há falta de médicos, mas uma má distribuição deles no território nacional – Discursos ignoram a urgência do provimento de atenção médica, junto com a desassistência médica e o fato de que a simples existência de médicos – das mais diversas especialidades – no território nacional não os tornam necessariamente disponíveis para trabalhar na AB.

O impacto da AB nos indicadores de internação hospitalar é amplamente conhecido, como revela o estudo de Mafrá³⁵, reforçado pela Pesquisa Nacional de Saúde, cuja publicação de 2013 evidenciou que, entre 2008 e 2012, a cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Brasil passou de 49,2% para 55,3%, enquanto as internações por condições sensíveis à AB caíram de 35,8% para 33,2%³⁶.

Entre dezembro de 2013 e abril de 2014, houve um “aumento médio de 33% na média mensal de consultas nos municípios que receberam o Programa³⁷, com redução do número de internações hospitalares por hipertensão arterial sistêmica e diabetes³⁸. Ainda assim, após um ano do PMM, o Cremesp publica artigo dizendo: “O PMM completou um ano, em 22 de outubro último, registrando novos riscos à saúde dos pacientes. [...] Fica claro, assim, que o Mais Médicos dificilmente ajudará, de fato, o Brasil a superar suas carências em saúde”³⁹. Os principais argumentos do autor em relação aos riscos trazidos pelo programa giram em torno da não exigência da revalidação do diploma do médico formado em instituição estrangeira e a supervisão médica deste profissional, contínua e permanente, segundo ele, não estar acontecendo a contento.

Importantes estudos versam sobre as repercussões da escolha por um sistema de saúde pautado pela AB: assistência de menor custo, menor uso de medicamentos, melhores níveis de saúde, maior satisfação dos usuários e até mesmo a diminuição da desigualdade social^{40,41}.

A Constituição Federal (CF) de 1988 traz o conceito de dever do Estado à garantia do direito à saúde nos seus artigos 196 e 197; evidentemente, o PMM não está sendo entendido como uma estratégia de garantia imediata de direitos.

Entende-se que o que está fundamentalmente em confronto é o dever do Estado de garantir acesso universal à assistência à saúde prevista na CF *versus* o entendimento de que tal política tem a intencionalidade de intervir no exercício liberal da profissão, tal como ela é concebida no imaginário de atuação liberal-privatista, descrito por Ceccim et al.⁴² em artigo que analisa os imaginários presentes na formação dos profissionais de saúde em relação à regulação e ao exercício da profissão. Um trecho de um artigo publicado no site do CFM ilustra com nitidez tal percepção quando o autor analisa o PMM como “[...] medida inconstitucional e autoritária, decorrente exclusivamente de uma mentalidade

esquerdista que acredita que o indivíduo (neste caso, o médico) deve existir em função da sociedade [...]”⁴³.

Santos e Merhy⁴⁴ trazem o conceito de regulação como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando sua execução. Em Saúde, entendem o processo de regulação como a “intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços de saúde”⁴⁴. Parece-nos que não há o entendimento, por parte de muitos médicos e das entidades médicas, da necessidade de regulação, por parte do Estado, para a garantia da prestação de um serviço e a consequente entrega da assistência prometida pela legislação pertinente.

Desde o primeiro anúncio da vinda de médicos estrangeiros ao Brasil, em junho de 2013, as entidades médicas vêm apresentando fortes críticas ao PMM e realizando campanhas contra o programa voltadas à comunidade médica e sociedade brasileira como um todo, além de acionamentos judiciais frequentes (Figura 1).

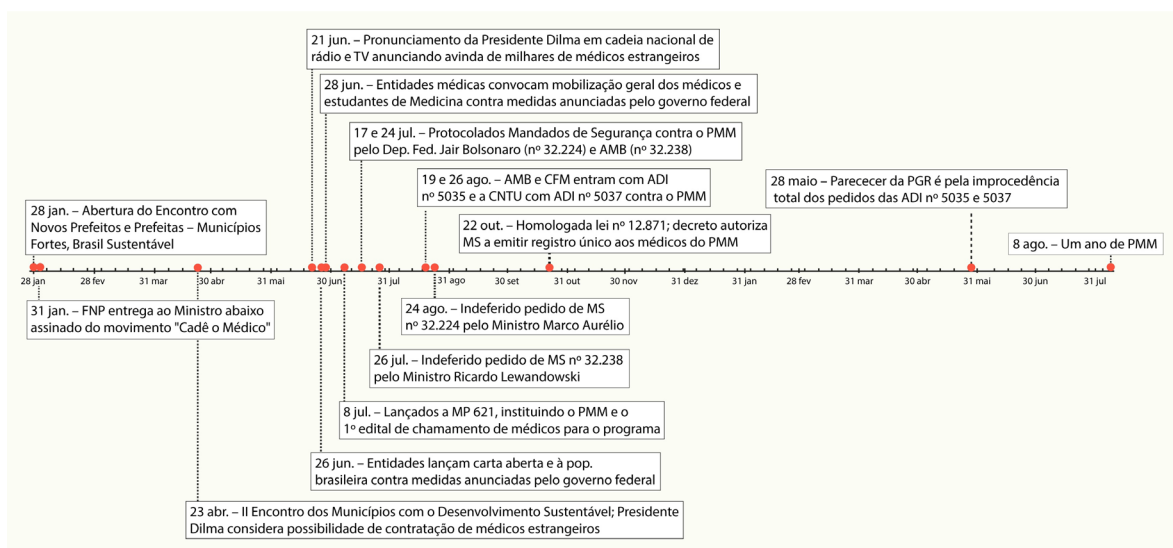


Figura 1. Linha do tempo com os principais marcos das tensões entre governo e entidades médicas

Autoria: Alessio MM

Mas essa não seria a primeira vez que as entidades se manifestariam contrariamente a políticas governamentais de regulação da força de trabalho médico no Brasil e no mundo. Exemplos recentes das reações de entidades e médicos ocorreram na Venezuela à ocasião da implantação do “Misión Barrio Adentro” naquele país em 2003, programa semelhante ao PMMB. Movimentos de depreciação do médicos estrangeiros e negação de atendimento a encaminhamentos feitos por estes à atenção secundária ou assistência farmacêutica aconteceram lá como acontecem aqui⁴⁵⁻⁴⁷. Médicos brasileiros chegam a submeter colegas estrangeiros a julgamentos sumários públicos ao expor suas prescrições identificadas em redes sociais e blogs⁽⁸⁾, negando-lhes o direito ao contraditório, à investigação e ao julgamento por órgão competente, no caso, os CRMs.

© <http://www.perito.med.br/p/cubanadas-na-saude-do-brasil.html>

Estes, por sua vez, entraram com ações judiciais para não serem obrigados a fornecer o registro temporário dos médicos estrangeiros do programa. No entanto, em sua decisão negando tal pedido, a justiça entendeu que tal negação visa à preservação de uma reserva de mercado aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidados no país e vitimiza os doentes e usuários dos órgãos do sistema público de saúde⁴⁸.

As ações mais contundentes contra o programa pelas entidades médicas foram os Mandados de Segurança (MS) pedindo suspensão imediata do PMM cerca de 10 dias do seu anúncio e as Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) contra a MP nº 621/2013. Todas as ações questionam a urgência e emergência da situação de saúde no país, necessárias para justificar a edição de uma MP prevista na CF. A justificativa da urgência na suspensão do programa, por outro lado, residiria no “dano irreparável ou de difícil reparação à saúde do povo brasileiro”³³ quanto mais demorasse a decisão pela suspensão dos efeitos da MP nº621/2013. Os pedidos foram apreciados e indeferidos¹¹.

Dessa forma, é possível perceber os importantes embates ocorridos no âmbito do PMM entre médicos e entidades médicas e o governo federal. O sentimento de que tal programa teria sido um ataque pessoal aos médicos do Brasil, culpabilizando-os pelos serviços de saúde insuficientes e desvalorizando o profissional brasileiro frente ao estrangeiro, também foi uma ideia amplamente difundida entre os médicos pelas entidades. A gestão, ao dizer que médicos estrangeiros eram necessários naquele momento por não haver médicos brasileiros interessados em trabalhar em determinadas localidades do país em número suficiente, teve a interpretação, por parte das entidades, de que tal escolha era entendida pelo governo como uma questão de caráter. Portanto, se a premissa do governo é de carência do profissional no mercado, o entendimento é de que os médicos não se disponibilizariam a atender a uma chamada para o programa, pois já estariam exercendo a Medicina em outras especialidades e ocupando um outro posto de trabalho que não na AB.

Morais e colaboradores⁴⁹ fizeram um levantamento, em dois grandes veículos de comunicação impressa, do caráter das notícias publicadas sobre o tema, bem como a sua implicação social para os leitores, no qual intentava-se analisar o impacto que o PMM alcançou na mídia. Percebeu-se que, tanto no conteúdo quanto nos títulos das matérias, prevaleceram as conotações pessimistas ou de cunho negativo.

No entanto, de junho a novembro de 2013, Carvalho⁵⁰ percebe que a imprensa passou a publicar mais informações e menos declarações sobre o tema. A autora cita a pesquisa da CNT/MDA de julho, setembro e novembro de 2013, na qual as opiniões a favor em relação à vinda de médicos estrangeiros para as regiões mais pobres do Brasil passaram de 49,7% para 84,3% e as contrárias, de 47,4% para 12,8%. “Dentro da perspectiva habermasiana, pode-se dizer que as necessidades do ‘mundo da vida’, do cotidiano do povo brasileiro, se sobressaíram às declarações e ao posicionamento das entidades médicas e daqueles que eram contra o PMM”⁵⁰.

Não deixa de ser preocupante perceber que grande parte dos que se opõem ao PMM, ao fazê-lo, assumem que realmente não há urgência ao acesso à assistência médica para quem não tem, sem se fazerem a pergunta se é razoável que as pessoas e famílias tenham que esperar anos até que se configurem centros formadores de excelência próximos às suas localidades e que os planos de carreira tenham sido projetados e estabelecidos para atrair os profissionais médicos.

Outros elementos para o debate

É preciso compreender o PMMB como iniciativa autolimitada dentro do PMM para entendê-lo e porventura apoiá-lo e é imprescindível reafirmar a urgência do investimento na provisão imediata de médicos, mas nem por isso negar as ações estruturantes e de longo prazo, visto que são complementares e não excludentes. São ações diferentes para problemas diferentes e, portanto, distintos resultados esperados. Importantes recursos federais já foram aplicados nas reformas e construção de novas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para qualificar a assistência⁵¹, mas o desafio de atrair médicos, que não depende apenas de condições de trabalho e remuneração, permanece intenso. A importante demanda das diferentes categorias da saúde por uma carreira que valorize e confira estabilidade e segurança ao trabalhador enfrenta dificuldades em sua execução em função do arranjo federativo e nas diferentes responsabilidades e capacidades de cada ente federativo na gestão de recursos humanos nos diferentes níveis de atenção à saúde.

A expansão e interiorização de universidades federais entre 2003 e 2010 é notável⁵², melhorando o acesso de jovens e adultos ao ensino superior. Novas regras para abertura de cursos de Medicina também prometem propiciar acesso à profissão a milhares de jovens que nunca teriam a oportunidade de se deslocar para uma capital onde se concentram tal graduação, melhorando as taxas de fixação de médicos nessas localidades. Entretanto, é preciso destacar a preceptoria e os cenários de prática como nós críticos para o sucesso do programa de expansão de vagas de graduação e residência médica e da mudança curricular pretendida e reiterar a importância de investimento nesses setores.

É preciso ficar atento ao desenvolvimento do PMM na construção coletiva do SUS para garantirmos conquistas duradouras para o sistema de saúde brasileiro prometidas pelo programa, tais como qualificação de equipamentos e infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, mudanças curriculares efetivas que promovam a formação de profissionais com perfil para atuar no SUS e para as demandas do SUS e a criação do Cadastro Nacional de Especialistas. Condições de trabalho e qualidade do campo de prática para estudantes se formarem adequadamente também são questões indiscutíveis para o sucesso da ousada proposta do governo, que promete dobrar o número de vagas de graduação em Medicina e universalizar as vagas em programas de residência médica em um curto espaço de tempo. O foco no atual momento é a escassez do profissional médico, o que não pode desviar o foco da equipe multiprofissional, característica maior da AB.

Sugere-se ao Ministério da Saúde plano de comunicação adequado a respeito dos seus programas de governo, visando profissionais de saúde que ficam à mercê dos seus conselhos e representações de classe para fazer-lhes a síntese, tantas vezes distorcida por interesses diversos e que muitas vezes fogem ao coletivo, dos acontecimentos e contextos nacionais e internacionais. Particularmente em relação ao PMM, é necessário fazer-se entender que não há desvalorização do médico brasileiro na contratação emergencial de médicos estrangeiros para um fim específico.

Colaboradores

Maria Martins Alessio realizou a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados e redação do artigo, tendo participado ativamente da discussão dos resultados e da revisão e da aprovação da versão final do trabalho. Maria Fátima de Sousa colaborou com a concepção do projeto e participou ativamente da discussão dos resultados e da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Sousa MF, Mendonça AVM. Mais Equipes de Saúde para o Brasil. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas, SP: Saberes; 2014. p. 629–68.
2. Ministério da Saúde (BR). 9ª Conferência Nacional da Saúde - relatório final [Internet], 1992 [citado 3 Abr 2016]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf
3. COSEMS/SP Primeiro mês de seleção do Mais Médicos tem adesão de 3.511 Municípios [Internet], 2013 [citado 29 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/noticias/227/primeiro-mes-de-selecao-do-mais-medicos-tem-adesao-de-3-511-municipios.html>
4. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências [Internet]. 2013 [citado 03 Fev 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. 2011 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
6. Chioro A. Mais Médicos: um ano - coletiva de imprensa [Internet]. 2014 [citado 25 Jan 2016]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/04/apresentacao-COLETIVA-1-ANO-MAIS-M--DICOS---04-09-1.pdf>
7. Callegari DC. Um ano depois, programa Mais Médicos ainda gera polêmica [Internet]. 2014 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24923:um-ano-depois-programa-mais-medicos-ainda-gera-polemica&catid=46:artigos&Itemid=18
8. Sá D. CFM diz que o programa Mais Médicos é “demagógico” e “eleitoreiro” [Internet]. 2013 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1341847-cfm-diz-que-o-programa-mais-medicos-e-demagogico-e-eleitoreiro.shtml>
9. Palácio do Planalto (BR). Discurso da Presidenta da República, Dilma Rousseff, na cerimônia oficial de abertura do II Encontro dos Municípios com o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 2013 [citado 23 Abr 2016]. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos/discursos-da-presidenta/discurso-da-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-na-cerimonia-oficial-de-abertura-do-ii-encontro-dos-municipios-com-o-desenvolvimento-sustentavel>
10. Frente Nacional de Prefeitos. Ministro da Saúde Alexandre Padilha, recebeu o abaixo-assinado com mais de 4.600 assinaturas recolhidas em 3 dias [Internet]. 2013 [citado 31 Jan 2016]. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br/2013/01/ministro-da-saude-alexandre-padilha.html>
11. Supremo Tribunal Federal (BR). Mandado de Segurança nº 32.238 - Decisão do Ministro Ricardo Lewandowski [Internet]. 2013 [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/MS_32238_Programa_Mais_Medicos_MLewandowski.pdf
12. Nunes L. Deputado afirma que Mais Médicos não resolverá problema da saúde [Internet]. 2013 [citado 25 Mar 2016]. Disponível em: <http://cidadeverde.com/deputado-afirma-que-mais-medicos-nao-resolvera-problema-da-saude-140771>
13. Conselho Federal de Medicina. Entidades médicas confirmam saída das Câmaras e Comissões governamentais [Internet]. 2013 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24008:entidades-medicas-confirmamsaida-das-camaras-e-comissoes-governamentais&catid=3

14. WHO. Global forums on human resources for health [Internet]. Geneva: WHO; s.d. [citado 12 Dez 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/forum/en/>
15. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2014; 370(10):950–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1111610>
16. Chauí M. As manifestações de junho de 2013 na cidade de São Paulo [Internet]. 2013 [citado 25 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.teoriaedebate.org.br/materias/nacional/manifestacoes-de-junho-de-2013-na-cidade-de-sao-paulo?page=full>
17. IPEA. SUS é mais bem avaliado por quem utiliza o serviço [Internet]. 2011 [citado 12 Dez 2016]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7187
18. Conselho Federal de Medicina. CFM repassa dados de pesquisa sobre demografia médica ao Ministério da Saúde [Internet]. 2011 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22523:cfm-repassa-dados-de-pesquisa-ao-ministerio-da-saude&catid=3
19. Girardi SN, Carvalho CL, Farah JM, Araújo JF. Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde [Internet]. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde – Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON/FM/UFMG; 2010 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário Nacional Sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade [Internet]. Brasília; 2012 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_escassez_profissionais_areas_remotas.pdf
21. Portaria nº 266, de 15 de fevereiro de 2012: Institui o Comitê Estratégico para o Aperfeiçoamento da Qualidade da Formação de Profissionais de Saúde e de Estudos de Necessidade de Profissionais de Saúde e de Especialistas para o SUS [Internet]. 2012 [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0266_15_02_2012.html
22. Mullan F. The metrics of the Physician Brain Drain. *N Engl J Med*. 2005; 353(17):1810–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa050004>
23. Scheffer M, organizador. Demografia médica no Brasil. v. 2 [Internet], 2013 [acesso em 15dez2015]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>
24. CREMESP. Novos cursos de Medicina fazem mal à saúde [Internet], 2004 [acesso em 03abr2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=297>
25. Abramczyk J. Para AMB, há escolas médicas demais [Internet], 2006 [acesso em 03 abr 2016]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2910200623.htm>
26. Brandão J. Conselho de Medicina contra abertura de novas escolas médicas. [Internet]. 2011 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: <http://blog.opovo.com.br/fisioterapiaeasude/conselho-de-medicina-contra-abertura-de-novas-escolas-medicinas/>
27. Conselho Federal de Medicina. CFM condena decisão do Governo de abrir mais vagas em cursos de Medicina [Internet]. 2012 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22982:cfm-condena-decisao-do-governo-de-abrir-mais-vagas-em-cursos-de-medicina&catid=3
28. Laboissière P. Brasil não precisa de novas escolas de medicina, mas de mais vagas de residência médica, diz CFM [Internet]. 2012 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-12-11/brasil-nao-precisa-de-novas-escolas-de-medicina-mas-de-mais-vagas-de-residencia-medica-diz-cfm>

29. ABEM. Escolas Médicas [Internet]. s.d. [citado 10 Abr 2016]. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/escolas_medicas_sul2.php
30. StartClass. University of Minnesota Medical School Twin Cities [Internet]. s.d. [citado 10 Abr 2016]. Disponível em: <http://medical-schools.startclass.com/l/30/University-of-Minnesota-Medical-School-at-Twin-Cities>
31. Buchan J, Fronteira I, Dussault G. Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil. *Hum Resour Health*. 2011; 9:17. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-9-17>
32. Silvestre A. Protesto - mobilização geral dos médicos [Internet]. 2013 [citado 15 Dez 2015]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2917>
33. AMB, CFM. ADI nº 5035. [Internet]. 2013 [acesso em 22 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.conectas.org/arquivos/editor/files/ADI%20-%20mais%20m%c3%a9dicos%202.pdf>
34. CREMESP. CFM e CRM's divulgam comunicado conjunto sobre os dados do balanço do Programa Mais Médicos apresentados pelo Governo Federal [Internet], 2014 [acesso em 03abr2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=3365>
35. Mafra F. O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil [Internet]. Brasília - DF [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011 [citado 29 Nov 2015]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/9156>
36. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas; Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet], 2014 [acesso em 12dez2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>
37. Tribunal de Contas da União (BR). Ata nº 25, de 1º de julho de 2015 - Sessão Ordinária [Internet]. 2015 [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: http://www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/CONSES/TCU_ATA_0_N_2015_25.pdf
38. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mais Médicos - Dois Anos: Mais Saúde para os Brasileiros [Internet]. 2015 [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/03/livro-maismedicos-2015.pdf>
39. Rosa JL. Um ano de Mais Médicos: situação preocupante [Internet]. 2014 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=3416>
40. Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet*. 1994; 344(8930):1129–33. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)
41. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *The Lancet*. 2008; 372(9647):1365–7. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61524-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61524-X)
42. Ceccim RB, Armani TB, Oliveira DLLC de, Bilibio LF, Moraes M, Santos ND. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Ciênc Saúde Colet*. 2008; 13(5):1567–78. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500021>.
43. Coutinho CMC. Programa “Mais Médicos”: a farsa [Internet], 2013 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24012:programa-qmais-medicosq-a-farsa&catid=46
44. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface (Botucatu)* 2006; 9(18):25–41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100003>

45. da Ros MA, Henrique F, de Almeida Gama L, Goronzi TA, Soares GB. Atenção primária em saúde na Venezuela - Misión Barrio Adentro I [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 117 p. [citado 25 Set 2015]. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_11_2009_10.01.59.0bdb12a2a59e248adcbc58733d001b8d.pdf
46. Martins D. No AP, farmácias recusam receitas prescritas por médicos cubanos [Internet]. 2014 [citado 22 Abr 2016]. Disponível em: <http://g1.globo.com/ap/amapa/noticia/2014/01/no-ap-farmacias-recusam-receitas-prescritas-por-medicos-cubanos.html>
47. Resende F. Clínica de MG que recusou exames de médica cubana pode ser punida [Internet]. 2014 [citado 22 Abr 2016]. Disponível em: <http://g1.globo.com/minas-gerais/triangulo-mineiro/noticia/2014/08/clinica-de-mg-que-recusou-exames-de-medica-cubana-pode-ser-punida.html>
48. Palma N. STF e Justiça Federal indeferem liminares contra o programa Mais Médicos. 2013 [citado 22 Mar 2016]. In: Ministério da Saúde (BR). Blog da Saúde [Internet]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/?view=archive&month=8&year=2013>
49. Morais I, Alkmin D, Lopes J, Santos M, Leonel M, Santos R, et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(2):112–20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000800017>
50. Carvalho FC. A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística [Internet]. In: Anais do 15º Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul; 2014; Palhoça - SC. [Internet]. São Paulo: Intercom; 2014 [citado 13 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.portalintercom.org.br/anais/sul2014/resumos/R40-0325-1.pdf>
51. Ministério da Saúde (BR). Departamento da Atenção Básica. Requalifica UBS [Internet]. s.d. [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/requalifica_ubs
52. Ministério da Educação (BR). SIMEC - Painel de Controle do Ministério da Educação [Internet]. s.d. [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: <http://painel.mec.gov.br/academico/mapaSupProf/acao/S>

Alessio MM, Sousa MF. Programa Más Médicos: elementos de tensión entre gobierno y entidades médicas. Interface (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1143-56.

En 2013 llegaron los primeros médicos del Programa Más Médicos. Su proceso de implantación estuvo cargado por disputas judiciales y embates ideológicos provenientes de médicos brasileños y sus entidades representativas. La iniciativa de creación del Programa fue considerada por las entidades médicas como una medida unilateral del Gobierno Federal, con fines electorales y sin planificación. El artículo rescata el proceso histórico que dio origen al Programa, destacando la tensión entre gobierno y entidades médicas. Se trata de un estudio exploratorio con investigación bibliográfica y documental. Analizando datos y tendencias nacionales e internacionales y discursos de médicos y sus entidades representativas, es posible inferir que el Programa no se ha entendido en su totalidad, que va más allá de la provisión inmediata de médicos. Además, el papel regulador del estado para cumplir la Constitución Federal se está confundiendo con interferencia en la autonomía de la profesión médica.

Palabras clave: Políticas públicas de salud. Recursos humanos en salud. Demografía, provisión y distribución. Internado y residencia. Planificación en Salud.

Submetido em 31/08/2016. Aprovado em 21/04/2017.

O Projeto Mais Médicos para o Brasil e a construção de mitos:

uma leitura bartheana

Giovanni Gurgel Aciole^(a)

Aciole GG. The More Doctors for Brazil Project and the construction of myths: a Barthean reading. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1157-68.

The aim of the The More Doctors for Brazil Project (MDBP) is to supply human resources to the Brazilian National Health System by improving the infrastructure of the healthcare network; expanding educational reforms in in medical courses and residencies; and supplying physicians to vulnerable areas. The implementation of the MDBP faced strong opposition, especially from Brazilian medical institutions. Inspired by the concept of "myth," the present study conducted a reading of the discourse used by the Brazilian Federal Board of Medicine to support its arguments, by analyzing editions of the *Medicina* newsletter published by the Board in the first 24 months of the project's implementation. The myth reveals how discursive practices introduce allegories into the collective imagery that define ideological spaces and enable an analysis of the process of social dispute and the historical conditions behind the formulation and implementation of a government program.

Keywords: Health policy. Planning and administration. Government programs. Government Health Plans. Primary Health Care. Brazilian National Health System.

O Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) tenciona prover recursos humanos para o Sistema Único de Saúde por meio da melhoria da infraestrutura da rede de saúde; da ampliação das reformas educacionais dos cursos de Medicina e residência médica; e da provisão de médicos para áreas vulneráveis. A implantação do projeto enfrentou reações contrárias à proposta, envolvendo principalmente as instituições médicas do país. Inspirados no conceito de mito, realizamos uma leitura dos discursos com que o Conselho Federal de Medicina sustentou o debate, por meio da análise do *Jornal Medicina* durante os primeiros 24 meses da implantação do PMMB. O mito é revelador de como práticas discursivas introduzem no imaginário coletivo alegorias que demarcam espaços ideológicos e permite analisar o processo de disputa social e das condições históricas de formulação e implantação de um programa governamental.

Palavras-chave: Políticas públicas. Planejamento e administração em Saúde. Programas governamentais. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Carlos. Grupo Quíron, Campus São Carlos. Rod. Washington Luiz, SP 310, KM 235, S/N, Monjolinho. São Carlos, SP. Brasil. 13565-905. gescufscar@gmail.com

Introdução

A alocação e fixação de profissionais da Saúde são elementos de iniquidade social, penitenciando populações como “destinadas” a não ter acesso aos serviços de saúde; e obstáculos para o fortalecimento dos sistemas de saúde nos países afetados¹⁻³. Atualmente, mais de quatrocentos municípios brasileiros estão desprovidos de médicos, tornando este fato um problema prioritário para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Estudo do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea), em 2011, revelou a percepção da população em relação à escassez de profissionais médicos: 58,1% dos 2.773 entrevistados disseram que a falta de médicos é o principal problema do SUS⁴.

As tentativas de ordenamento dessa área consideram que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é capaz de ampliar a resolutividade e de impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, mediante a reorientação do modelo assistencial⁴, mas ainda não foi capaz de responder aos desafios colocados, e permanece o hiato em incorporá-la à ação política efetiva^{4,5-7}. Um dos nós críticos para o sucesso da ESF são os vazios assistenciais, locais que não conseguem prover e fixar profissionais de saúde na atenção básica, em especial médicos, não garantindo acesso aos serviços básicos de saúde pela população⁸⁻¹¹. A rotatividade de profissionais, principalmente médicos, coloca-se como entrave ao desenvolvimento de atenção integral à saúde¹², o que potencializa a necessidade de ações no âmbito da gestão do trabalho e da educação na saúde¹³.

Mobilizado por essa questão, em 2013, o Governo Federal instituiu o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), com a finalidade de alocar médicos nos vazios assistenciais e enfrentar os problemas de acesso da população vulnerável às ações e serviços de saúde com qualidade. Três anos depois, faz-se necessário indagar a sua dimensão simbólica, isto é, em que medida afetou/tem afetado o imaginário social e cultural; e o que agregou para as ações na atenção básica e, conseqüentemente, para o SUS, particularmente em um de seus focos mais agudos: a produção do acesso/acolhimento a populações desassistidas. A intenção deste artigo é colocar em relevo as razões e motivações lógico-discursivas no debate inicial de implantação e a mitologia que alimentaram em torno e em razão desse projeto.

Notas sobre o conceito de mito

Utilizamos o conceito de “mito”, formulado por Roland Barthes¹⁴. O mito é um discurso alegórico ou uma narrativa lendária; o meio para um fim; a imposição de uma ideologia, uma visão de classe, de uma visão parcial de mundo que se pretende universalizar. O mito é um sistema de comunicação, uma mensagem. Pode ser um objeto, um conceito ou uma ideia: ele é um modo de significação, uma forma, que pode assumir diversos aspectos: texto, imagem, fotografia, espetáculo, publicidade. O mito é uma mensagem, e todas as formas que pode assumir são de apoio à forma mítica. O mito não pode se definir pelo seu objeto nem pela sua matéria, pois qualquer matéria pode ser arbitrariamente dotada de significação. Uma flecha apresentada para significar uma provocação é também uma fala; uma fotografia será considerada fala exatamente como um artigo de jornal. A imagem e a escrita, porém, não solicitam o mesmo tipo de consciência; e a própria imagem propõe diversos modos de leitura. Uma imagem pode se transformar em escrita, e vice-versa, a partir do momento em que é significativa; na forma escrita, contudo, exige uma léxis, isto é, concatenar um discurso racional e lógico, de nexos significantes e significados. Entender-se-á por linguagem, portanto, discurso, fala, toda unidade ou toda síntese significativa.

O mito é um valor, não tem a verdade como sanção: nada o impede de ser um perpétuo álibi: o sentido existe sempre para apresentar a forma; a forma existe sempre para distanciar o sentido. O mito tem que ser, simultaneamente, invisível e natural, porque a sua identificação apontaria sempre para uma tentativa de manipulação. O mito não é nem uma mentira nem uma confissão: é uma distorção. Não interessa a interdição, mas a exposição. E o mais importante: o mito precisa de fraseologia e nela os *slogans* têm um papel insubstituível. A frase feita ajuda a apreender e a justificar o mundo de uma maneira muito mais simples, permitindo uma constatação imediata e sem maiores reflexões.

O mito naturaliza a história e engessa o mundo, de forma a impedir a transformação. Presta-se, portanto, a um uso conservador do *status quo*. É aí que ele é essencial: bem-alimentado, lustroso,

expansivo, falador, inventa-se continuamente. Apodera-se de tudo: justiças, morais, estéticas, diplomacias, artes domésticas, literatura, espetáculos. Enfim, mito e ideologia são parentes próximos: entrelaçam-se, confundem-se e são categorias incontornáveis para desmascarar o processo de legitimação da sociedade burguesa. O mito é produto de uma classe social dominante que acaba por ser incorporado pelos membros da classe dominada, mesmo quando vai contra os seus próprios interesses. Produzir essa aceitação – pela naturalização – é a sua função. Naturalizar a história é fazer com que os indivíduos aceitem os fatos sociais como naturais, de modo a eclipsar o papel da história e suas implicações sociais.

Uma forma de analisar os discursos é enxergar neles a mitologia que transportam. Um livro, um artigo, um filme, uma fotografia, uma imagem são veículos de mitos a depender do contexto em que são vistos ou lidos, e dos usos que podem ganhar de acordo com quem os utiliza.

Existe, contudo, uma linguagem que não é mítica, que é a linguagem do homem produtor, isto é, a linguagem do homem que age para a transformação do real, e não para conservá-lo: sempre que ele associa a sua linguagem à produção das coisas, a metalinguagem é reenviada a uma linguagem-objeto, e o mito torna-se impossível. Por meio dele se pode traçar a disputa pela realização plena da política. Quanto a esta, a definição semiológica do mito se completa na sociedade burguesa, porque nela o mito é uma fala despolitizada. Se o mito é uma fala despolitizada, existe pelo menos uma fala que se opõe ao mito: aquela que permanece política, isto é, a que não naturaliza a história e nem a coagula na imobilidade temporal.

A retórica dos mitos constitui um conjunto de figuras fixas, estabelecidas, insistentes, nas quais vêm se encaixar as formas dos significantes, a saber: a vacina, com a qual o imaginário coletivo é imunizado pela inoculação de um mal reconhecido e defendido contra o risco de uma subversão generalizada; a omissão da história, por meio da qual esta se evapora, desaparece silenciosamente: e dela podemos usufruir sem nos questionarmos sobre a sua origem, que só pode provir da eternidade, inacessível ao agir responsável dos homens; e a identificação, pela qual o outro é reduzido ao mesmo. Os espetáculos, os tribunais, locais onde pode acontecer a exposição do outro, transformam-se em espelhos; a tautologia, que consiste em definir o mesmo pelo mesmo, é um refúgio para quem não encontra uma explicação, e fundamenta um mundo morto, um mundo imóvel; o ninismo, que consiste em colocar dois contrários e equilibrar um com o outro, de modo a poder rejeitar os dois (“Não quero nem isto nem aquilo”); a quantificação da qualidade, que, reduzindo toda qualidade a uma quantidade, torna o mito econômico no que diz respeito à inteligência: compreende o real por um preço reduzido¹⁴.

Como leitores de mitos, fizemos sua exploração nas edições do *Jornal Medicina*, portavoz das posições do Conselho Federal de Medicina (CFM): autarquia federal de regulamentação da prática profissional a que todos os médicos obrigatoriamente devem se vincular para registro, diferentemente das outras organizações (sindicatos e associações de especialidades), cujo vínculo é opcional. Tal Conselho envia seu jornal mensalmente ao exército de profissionais cadastrados no país. Perseguindo captar as manifestações oficiais, elegemos as seções “Editorial”, “Mensagem do Presidente” e a matéria de capa da edição mensal. Os resultados estão apresentados a seguir, em um acompanhamento do desenvolvimento da ação governamental às manifestações oficiais do Conselho.

A ação do governo

O PMMB inaugura uma ação governamental que conjuga esforços inauditos de mudança e transformação do existente. Os objetivos desse projeto são diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; fortalecer a prestação de serviços na Atenção Básica à Saúde; aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e

médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do país e na organização e funcionamento do SUS; e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS¹⁵.

A proposta de provimento e fixação de profissionais de saúde, combinada com medidas de apoio tutorial e formação para o SUS, resulta em uma configuração na qual se entrelaçam questões referentes à formação, gestão e regulação do trabalho e dos trabalhadores da saúde, especialmente a partir do avanço da ESF, que trouxe consigo inúmeros desafios a esse campo, como o descompasso entre o ensino e as necessidades da Atenção Básica. Já podemos apontar aí mais uma das linhas mestras a partir das quais os mitólogos reagirão à proposta governamental. Trata-se de a um só tempo convulsionar os territórios pacificados em que transitavam, até então, confortáveis arranjos de interesses das agendas que envolvem a educação médica no Brasil.

Em boa medida, a disparidade regional na distribuição de postos de trabalho na Atenção Básica em todo o país se sustenta no contexto do desenvolvimento macroeconômico em que já despontava um cenário de crise ainda com poucos reflexos na empregabilidade e proteção ao emprego para a categoria médica. Tratava-se de aliar a um processo de incremento econômico e redução das desigualdades regionais avanços em políticas sociais, como acesso a saúde e serviços. Esses dois eixos argumentativos evidenciam a estratégia de enfrentamento da pauta abraçada pelas entidades médicas em direção oposta, referente ao fato de que não faltavam médicos no país, como poderemos constatar mais adiante.

Perante esse mito repetido há décadas pelas entidades médicas, o governo demonstra o cuidado de buscar informações e dados comparativos, de modo a contornar ou a contradizer as posições difundidas pelas entidades médicas. A estratégia era, porém, mais complexa: mostrava que, em um contexto de mínimos índices de desemprego e com a economia fortalecida, se não se podia falar em desemprego médico, a existência de claros contingentes de posto de trabalho em todas as regiões do país – principalmente em regiões carentes, como o semiárido nordestino e a Amazônia legal – desmontava cabalmente a tese da suficiência de médicos. Não só estavam mal distribuídos em todo o país, mas também eram insuficientes para preencher todos os postos de trabalho. O governo buscou capilarizar o discurso em vários públicos, não só os políticos/institucionais, como gestores, prefeitos e suas associações, mas também o público acadêmico, levando o debate também para o interior das universidades.

Outra estratégia foi a inserção da proposta emergencial como parte de um conjunto de ações governamentais que estruturavam a política de provimento e fixação de médicos em um leque que incluía a distribuição e alocação, passava pela questão da infraestrutura, por meio de várias linhas de fomento e melhoria da qualidade da atenção básica, e seguia na direção da transformação na formação para o SUS. Estruturava-se um conjunto de políticas que conferia ao PMMB uma robustez em que se destacam a ampliação da formação de médicos no país e a abertura de novas escolas médicas, direcionadas conforme prioridades regionais. Em 2012, um programa voltado à expansão de vagas do ensino médico nas instituições federais de ensino superior (IFES) estabeleceu a meta de criação de 1.615 vagas em cursos de Medicina existentes ou novos cursos nas universidades federais, durante os anos de 2013 e 2014¹⁶. Para a criação dos novos cursos, foi proposto um projeto de criação de residência médica nos mesmos locais dos novos cursos, como forma de apoio. No momento da redação deste artigo, estava em curso o processo de autorização das novas vagas e a relação de cidades e regiões contempladas parece atender ao disposto na intenção governamental.

A mitologia no discurso da principal entidade médica

A organização da corporação médica no Brasil a torna uma corporação especial nas profissões de origem liberal, de grande reconhecimento na trama social, pertencente às elites e de imagem cultural associada à produção científica, técnica e acadêmica. Tendo como perspectiva de trabalho a produção de certo modo de cuidar da vida e da saúde do ser humano a corporação médica tem ocupado um lugar central na organização do processo de trabalho em saúde, dentro dos processos de produção da assistência à doença e da proteção à saúde. Para nossos fins e propósitos, tomamos como voz das

posições dos médicos o Conselho Federal de Medicina, especialmente por ser a autarquia federal de regulamentação da prática profissional a que todos os médicos obrigatoriamente devem se vincular para registro.

Uma manifestação reiterativa da entidade – em edições de março, abril, junho a agosto, novembro e dezembro de 2013; janeiro, março a junho de 2014; e fevereiro, abril, maio, agosto e novembro de 2015 – é a denúncia da incompetência do governo e da crise na saúde, expressa no caos dos hospitais públicos, no descaso com a infraestrutura, no fechamento de leitos e na insuficiência de recursos. Um discurso monotemático que mitifica a questão do processo social de construção do SUS e naturaliza sua situação real em termos dos mitos de caos, crise, incompetência, subfinanciamento e falta de recursos e de infraestrutura para o trabalho médico. O mito se constrói afirmando que:

[...] continuam faltando leitos, materiais, equipamentos e medicamentos, a um ponto tal que a maioria dos médicos brasileiros contratados para o programa desistiu, logo em seu primeiro dia de trabalho [...]. Frequentemente, estetoscópio e caneta eram os únicos equipamentos que dispunham para salvar vidas¹⁷.

Ao lado disso, há a denúncia de um governo inoperante e iníquo, injusto com os médicos, que completou dez anos no poder em 2013:

[...] fechou mais de 40 mil leitos hospitalares, 280 hospitais e 47 mil vagas em unidades básicas, tornando a saúde pública brasileira um exemplo de descaso e má gestão. [...] [Não bastasse] agora aponta o dedo acusador para os médicos e instituições que os representam, dizendo que são contra a saúde do povo [...] num momento em que em todo o país se clama por serviços públicos decentes, impostos que não sejam extorsivos e o fim da impunidade para os corruptos.¹⁷

O tema volta à tona na edição do lançamento da Medida Provisória (MP) que instituiu o provimento de vagas para médicos. Alegando base científica para fazer frente à posição do governo, o jornal dá publicidade ao estudo “Demografia médica no Brasil 2: cenário e indicadores de distribuição”¹⁸, que permitia reconhecer a existência das mesmas disparidades regionais identificadas pelo governo, mas a recortava segundo os interesses ideológicos subjacentes. O título da matéria não deixa dúvidas: “Distribuição desigual atinge SUS e regiões com piores indicadores”¹⁸. Trata-se de um discurso generalizador e opaco que mistura questões setoriais com macroeconômicas e fiscais sem argumentar diretamente com o diagnóstico e as justificativas governamentais.

Frente à insistência do governo na importação de médicos, o jornal segue ecoando o que chamou de interesses “imediatistas” para o SUS¹⁹. Mesmo dizendo não ser contra a medida de importação dos médicos, ressalva que se submetam à revalidação dos seus diplomas e questiona se os médicos oriundos de outras realidades reúnem condições em termos de conhecimento e habilidades técnicas para trabalhar em locais precários, sem infraestrutura adequada de insumos e de equipamentos, e interroga como assegurariam a seus pacientes acesso a exames e condutas necessários, distantes dos médios e grandes centros. Traz a tona o mito da qualificação e da precariedade material do SUS, sempre a situar ideologicamente o SUS nos rincões da precariedade, da falta e da insuficiência. Também é taxativo: não faltam médicos e não precisamos importar nenhum, nem abrir escolas. Dados técnicos rebatem falácias do governo, incapaz de implantar medidas de médio e longo prazo para evitar a migração interna e o tropismo médico de se alojar em regiões centrais e mais ricas do país.

Longe de falta de médicos, os tínhamos em excesso: descobrimos tal informação na edição que expressou a preocupação com a “falta” de critérios para a entrada de médicos estrangeiros no país, sempre argumentando que o principal prejudicado seria o SUS. Além disso, apontavam-se contradições na ação governamental que autorizava abertura de novas vagas de Medicina em regiões sem qualquer critério, ou reconhecidamente sem necessidade premente. Na ação planejadora se rebate o mito da inexistência de critérios¹⁹.

Na edição seguinte²⁰, ecoa a mobilização da categoria em defesa do SUS, amplamente alimentada pelos *slogans* que afirmam que não precisamos de mais médicos, pois já temos escolas demais, e o que

falta é qualidade. O apelo, novamente, é direto: a responsabilidade pelas mazelas da saúde não pode ser transferida aos médicos, mas sim à falta de financiamento do setor e à ausência de uma política de Estado na assistência em saúde, capaz de distribuir e valorizar os profissionais da área. De novo, mitificam-se as mazelas de gestão e insuficiências de financiamento. Nenhuma questão referente à distribuição dos profissionais ou à sua alocação regional entra na equação dos problemas do SUS, com a ressalva feita pelo jornal de que a mobilização pretendeu discutir os critérios para a entrada de médicos estrangeiros a trabalho no Brasil e sensibilizar parlamentares para a criação da carreira médica de Estado como *leitmotiv*, o que levou cerca de quinhentos médicos e acadêmicos a Brasília ou, mais exatamente, aos salões e auditórios do Poder Legislativo.

Uma inflexão da entidade médica em relação ao PMMB foi a de apresentar uma proposta alternativa, que chamou de programa de interiorização. Combinando ressalvas interessantes ao processo de alocação, de novo sem acatar seu caráter de excepcionalidade, ataca pontos essenciais do que seria uma ação *houdiniana* do governo: nosso baixo padrão de financiamento do SUS, nossa precária infraestrutura dos serviços públicos e a inexistência de uma validação prévia dos diplomas dos "importados"²¹.

Muito embora apresente questões que reclamem um tratamento mais profundo, o posicionamento e a narrativa política da entidade apenas efetivaram o simplismo de reclamar mais verbas para a saúde, criticar a precariedade da infraestrutura existente nos rincões mais distantes do país e, especialmente, ser contra a entrada de médicos estrangeiros sem a revalidação de seus diplomas. E outro mito é lançado: não somos contra a vinda de médicos, somos contra a forma como está sendo feita pelo governo²². Pois as entidades médicas nada têm de corporativistas ou xenófobas. Serão bem-vindos todos os médicos estrangeiros e brasileiros formados em outros países, desde que provem em exames do nível do atual Revalida (criado pelo próprio governo, em 2010) que dão conta do recado.

As razões em defesa do exame são mitologicamente ilustrativas. No Brasil, não há meio médico. Quem faz Medicina tem que resolver os desafios em todos os níveis de complexidade: de uma diarreia a um procedimento de emergência. Mas o que acontece quando a maioria prefere tratar da emergência em Unidades de Terapia Intensiva e não das diarreias nos rincões? Trazer médicos que vão apenas fazer consultas em postos de saúde é, no mínimo, um paliativo.

E o que acontece se num desses rincões o Seu João tiver uma crise aguda de apendicite? O prefeito e o médico do posto o colocarão numa ambulância rumo ao município vizinho? Esse embuste tem nome: pseudoassistência. E quem concorda em fazer parte dessa armação é um pseudomédico²².

A próxima ação do governo foi editar uma MP que criou um regime especial de registro e autorização da prática médica para o Ministério da Saúde, restrito ao escopo das práticas assistenciais incluídas no PMMB. A resposta do CFM não se fez esperar e ganhou as ruas na forma de manifestações em caminhadas, atos e passeatas. Expressivos são os motivos declarados: a entidade não aceita a decisão do governo e se coloca contra o regime especial. Os apelos são evidentes: os protestos em todo o país não deixaram dúvidas. Na primeira semana de julho, o país se vestiu de branco: milhares de médicos, professores, residentes e estudantes de Medicina foram às ruas protestar contra a decisão do Governo Federal de promover a importação de médicos formados no exterior sem a devida aprovação pelo Revalida em seus moldes atuais²³.

Um país vestido de branco foi às ruas dizer ao governo que este não escuta os anseios da saúde de seu povo. Difícil encontrar imagem mítica melhor, se ainda agregaram os apoios institucionais e simbólicos de advogados e odontólogos e se assistiu à aprovação, pelo Congresso, após longos 11 anos de tramitação, da lei que instituiu o Ato Médico, medida corporativa de defesa do mercado para a categoria²⁴ e que passa a depender da sanção presidencial, justamente da presidente questionada pelos próprios médicos de não respeitá-los e de massacrá-los perante a população brasileira.

Essa tensão se expressa em um editorial assinado em conjunto por várias entidades representativas dos médicos, afetadas pelas propostas de abertura de novas vagas em graduação em Medicina e pelas alterações na oferta e distribuição de vagas para as residências médicas em todo o território

nacional. Por isso mesmo, um Comitê Nacional de Mobilização das Entidades Médicas reuniu o CFM, a Associação Médica Brasileira (AMB), a Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), a Federação Nacional dos Médicos (Fenam) dos sindicatos da categoria e a Federação Brasileira de Academias de Medicina (FBAM), que é representativa das academias médicas estaduais. Ao longo do jornal, ecoam as mesmas posições: é preciso enfrentar e resistir ao governo e às suas medidas discriminatórias²⁵.

Dessa vez, os médicos são mitificados como vítimas e convidados a se solidarizar com óbvia ideologização: o governo nos marginaliza, pois:

[...] virou prática no mundo político a marginalização de médicos, prestadores de serviços e pacientes. [Neste contexto, a proposta significava] um tijolo retirado do alicerce da democracia e da universalização da saúde, um ataque frontal à Constituição e parte da estratégia de criar dois tipos de Medicina no país.

Segundo esse novo mito, as classes mais abastadas continuariam a receber atendimento em uma rede de excelência, com médicos bem treinados, equipamentos de ponta e estrutura de primeiro mundo. A população mais carente, portanto, mais vulnerável, seria condenada a um arremedo de assistência prestada por profissionais formados no exterior sem comprovação de capacidade, por residentes sem preceptoría adequada, em localidades sem estrutura para o atendimento. A simbologia do discurso está, ainda, na ameaçadora imagem de um país dividido segundo dois tipos de Medicina: uma, urbana e metropolitana, com médicos capazes e bem treinados, tecnologia de ponta e estrutura adequada; outra, dos rincões carentes, de povo vulnerável, sofrido e recebedor de uma assistência precária, arremedo de atenção, sem qualidade, sem tecnologia, sem infraestrutura, com médicos pouco capazes ou inabilitados.

O enfrentamento aos efeitos da MP 621 continua com diagnósticos do que considera o descaso do governo na saúde e alertas à população para os riscos da atenção por parte de médicos sem qualificação atendendo em lugares sem condições mínimas de trabalho e de assistência. Sob a singeleza de um título editorial que apregoa “apenas a verdade”, as matérias vão prosseguir contra as medidas governamentais, mas ressaltando que nenhuma entidade médica é contra medidas de qualificação e investimento na saúde – exceto a pretendida intenção do governo de fazer o que a MP elenca e autoriza –; pelo contrário, todas defendem a oferta de condições de trabalho e de emprego dignas que beneficiem pacientes, profissionais e gestores. Afinal, o PMMB falha ao oferecer uma solução rasa, de duvidoso efeito e que contraria a legislação: fragilidades que devem ser corrigidas para que retorne aos trilhos do bom senso e da legalidade²⁶.

Em setembro, o jornal trouxe notícias da movimentação e dos “acordos” negociados com os parlamentares, para reduzir os prejuízos para a Medicina. Dando ênfase à ideia de que negociar não é oferecer apoio, o jornal envereda na defesa da recuperação da tradição humanista que sempre norteou a profissão. Tece perorações sobre a natureza política da entidade e seus limites, em uma elucidação da missão institucional dos órgãos, criados pela Lei 3.268/57 para defender o bom exercício ético da profissão e atuar firmemente em defesa do atendimento de qualidade para a sociedade, pois:

[...] Estas missões constituem o âmago de suas atuações, as quais vêm sendo exercidas por meio das resoluções emitidas, das ações de fiscalização, dos processos na esfera judicante e, ainda, pelo debate político. [...] [Afinal] os conselhos fazem política, sim, mas no que esse termo tem de mais nobre: definição de estratégias, participação em debates e a tomada de decisões em busca de ganhos efetivos para o coletivo.²⁷

Sentindo-se ameaçado pelo PMMB, o CFM alinha outros mitos em sua ressalva: o alto espírito público e a defesa do interesse coletivo que tem como alma. “Qual coletivo?”, caberia perguntar. Sobre isso, o texto nada esclarece. Apenas ressalta que não se trata de “defesa corporativa, ou sindical, ou associativa ou para os interesses específicos da categoria, salvo quando os temas em discussão têm indiscutível repercussão na atuação profissional e nas condições de assistência como um todo”²⁷.

Como devem trafegar em busca do diálogo, do consenso, da harmonização dos diferentes interesses existentes na sociedade em prol da Saúde e da Medicina, não se pode “esquecer que essas entidades são autarquias públicas, ou seja, são braços do Estado no campo da atuação profissional, mas não governo”²⁷. Explicadas as razões pelas quais foram negociar com o governo, aponta-se no fim qual foi a consequência benéfica desse agir negociador havido entre os diferentes braços do Estado: abrir espaços de escuta e intervenção na legislação em discussão no Congresso²⁷.

A trégua no diálogo com o braço “esquerdo” do Estado e a crítica construtiva logo viriam à tona, quando o jornal denuncia o subfinanciamento do SUS, que em dez anos deixara de receber a expressiva cifra de 94 bilhões. De novo, colocando a conta nas costas dos governos responsáveis pelo PMMB, o jornal volta a relacionar os gastos em Saúde com a qualidade da atenção médica no país, e a respeito o texto é insofismável acerca das posições da entidade:

A falta de financiamento na saúde tem comprometido o pleno exercício da medicina e, por conseguinte, o efetivo atendimento aos pacientes. Por isso, cabe aos conselhos de medicina cuidar e lutar para a correção desta falha, por meio do acompanhamento do orçamento da Saúde, para mensurar o impacto desse descaso na qualidade da assistência. [...] Sem investimentos, não há como oferecer a infraestrutura e os insumos fundamentais para que os médicos que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) possam ajudar a população. [...] Impede-se que os pacientes tenham acesso aos serviços necessários para realizar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de suas doenças, bem como a leitos, exames e consultas.²⁸

Em novembro, a movimentação das entidades as levou aos gabinetes dos juízes superiores para justificar as “ilegalidades” da MP 621. Como autarquias públicas especiais, cabe aos Conselhos de Medicina atuar em defesa do bom exercício profissional, assegurando condições para a atuação dos médicos e da oferta de assistência de qualidade para a população. Por isso, e com base no artigo 2º, da Lei 3.268/57, sobre esta missão, “[...] apresentamos aos leitores a cobertura da audiência pública no Supremo Tribunal Federal (STF) que analisou diferentes aspectos relacionados ao programa Mais Médicos”²⁹, em que acusam a irresponsabilidade do governo. Além dessa crítica técnica, teve destaque a leitura jurídica feita pelo representante do Ministério Público do Trabalho: trata-se de uma ação eivada de ilegalidades²⁹.

No entanto, a “ilegalidade” foi aprovada no Congresso e virou lei. Diante desse fato, o CFM abre outra frente de disputa: a questão trabalhista envolvida, acusando o governo de ilegalidades e de afrontar o arcabouço de proteção trabalhista. A entidade acusa o governo de santificar os médicos do programa e satanizar a profissão brasileira, quando os médicos importados (em sua maioria, cubanos) não passariam de escravos, ou quase isso, submetidos a um regime de trabalho que os acorrenta à exploração e à precarização de vínculos empregatícios. Inocentes úteis a serviço do repasse de bilhões de reais para marketing e propaganda governamental, agentes do populismo mais bisonho, postergando a adoção de soluções mais efetivas como a carreira de estado, profissionalização da gestão da saúde e, claro, aporte de mais recursos financeiros. Pleno de função despolitizadora, tanto quanto ideológica, o mito se completa nas imagens que correram o país de médicos cubanos sendo vaiados, enxovalhados e agredidos verbalmente em seu desembarque, ao longo das semanas seguintes, por médicos brasileiros.

Enquanto isso, o jornal prossegue asseverando que os médicos brasileiros são os verdadeiros injustiçados na questão, sofrendo agressões gratuitas a uma categoria corresponsável pelos avanços alcançados no país no campo da Saúde Pública, por meio do SUS: sistema tributário da dedicação de milhares de colegas que fazem Medicina em lugares onde falta tudo. O jornal da entidade arremata:

Ao adotar esta injustiça, o governo faz marketing, aproveitando-se da fragilidade da população. Omissos em soluções reais, cria um programa “faz de conta” e atira sobre os médicos a responsabilidade por seu próprio fracasso, para resolver questões que poderiam ser sanadas com outras medidas, como de mais recursos, profissionalização da gestão e criação da carreira de Estado para médicos e profissionais do SUS.²⁸

[...] Fala-se muito e pouco se faz e os abusos continuam: verbas disponibilizadas são devolvidas aos cofres da União porque não foram gastas e em lugar de modernizar o gerenciamento do sistema, se aposta em medidas midiáticas, como o programa Mais Médicos.²⁸

Apesar da anunciada propensão à luta sem fim (“entendemos que o embate em torno deste programa ainda está longe do fim”²⁸), com a paulatina alocação de médicos nas áreas prioritárias e o equacionamento jurídico e político das principais pendências ou polêmicas; e visto que a sociedade se mostrou insensível a estes efeitos (“a sociedade mostrará que, ao contrário do que afirmam pesquisas tendenciosas, o marketing não tem o poder de influenciar decisões tomadas pelas urnas”²⁸), o tema vai sofrendo um deslocamento e perde aparecimento mensal, deixando de aparecer nas seções sob análise. Ainda está nas edições de março, junho, agosto a novembro de 2014, e em algum mês de 2015, com a mesma mítica que associa ao programa imagens como as apresentadas, mas sem o mesmo destaque.

O PMMB ganhou ampla aceitação popular; a entidade passou por eleições nacionais e composição de um novo corpo dirigente para o quinquênio 2015-2019; e o tema vem à baila em momentos muito especiais, feitos para acompanhar denúncias pontuais deste ou daquele episódio do projeto. A pauta informativa da entidade permanece focada nos objetos míticos que a tem sustentado, como as ameaças advindas das práticas dos planos de saúde, o aumento das exigências do mercado e as iniciativas das especialidades em seu agir político cotidiano.

Considerações finais

Decorridos três anos do PMMB, a efervescência política cedeu lugar à normalidade perceptível no desaparecimento desta pauta na imprensa em geral e da entidade médica cujo jornal se examinou, fruto das circunstâncias, do momento histórico e dos processos que mobilizou. Sobretudo, fruto das mitologias cuja produção disparou. Da ação governamental, seu grande mérito é o agir reformador. Pela primeira vez em muitos anos, o governo enfrentou o *status quo* de que pode mexer em questões como promoção da saúde, prevenção de agravos, mas deixar a oferta e provimento de médicos ao sabor dos interesses dos próprios. Ao afrontar essa dimensão da luta mítico-política, o governo demonstrou que o Estado pode fazer muito mais em relação a organizar/desorganizar o “sistema” do que todos os mercados reunidos. Esse agir desnudou a questão da representação corporativa dos médicos e sua agenda política com a sociedade, ou com a parcela da sociedade a que se volta prioritariamente.

O PMMB mobiliza questões como saber se a solução do SUS passa pela adoção da carreira de Estado; se a consolidação da Atenção Primária como vetor da mudança de modelo assistencial está prestes a eclodir seus potenciais efetivos de ação; se a aposta na centralidade da intervenção pelo provimento e fixação de médicos não é um equívoco conceitual e uma ação reforçadora da centralidade médica como instrumento de mudança nas práticas de saúde; e o que fazer de concreto para não excluir ou “esquecer” de incluir as demais categorias profissionais tão importantes e fundamentais para a consecução de outro objeto mítico que é a integralidade²⁹. Há mais questões em aberto!

Quanto ao jornal do CFM, a menção ao projeto foi perdendo destaque de capa e de matérias de capa e cedendo lugar a um “silêncio” editorial. A análise não permitiu identificar fatores ou hipóteses explicativas, exceto a hipótese de que a perda de centralidade editorial e de capa ocorreu na razão direta da consolidação do projeto e da sua ampla aceitação política e social. Também merece menção a mudança de direção ocorrida no fim de 2014, que deve ter aduzido outra pauta política à ação comunicacional da entidade.

A ação reformadora do PMMB parece irreversível e tem abrigado novas semiologias e novas práxis, tanto dos governos sucedâneos quanto das instituições e organizações diretamente afetadas pela ação governamental, entre elas, a dos médicos brasileiros, mas não apenas. É preciso ouvir aqueles que ainda não tiveram oportunidade de se fazer escutar: os outros profissionais, os gestores municipais e, acima de tudo, os usuários beneficiados, direta ou indiretamente, pelo acesso promovido pelo projeto.

Ainda há mitos por emergir, revelar e disputar!

Referências

1. Garcia ACP. Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política. [dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010 [citado 8 Ago 2013]. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/2_5_2013__0_Gestao_trabalho.pdf
2. Roas AC. Experimentos de escolha discreta sobre provimento e fixação de recursos humanos em saúde. [Internet]. In: Anais da 6ª Jornada Nacional de Economia da Saúde; 2012; Brasília. Brasília: Associação Brasileira de Economia da Saúde; 2012 [citado 8 Ago 2013]. Disponível em: http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/poster_21_0.pdf
3. Viana ALD, Dal Poz M. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*. 1998; 8(2):11-48.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas de maior vulnerabilidade. Brasília: SGETS/MS; 2012.
5. Dal Poz M. Entre o prescrito e o realizado: estudo sobre a implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro e sua repercussão na política de recursos humanos em nível municipal. [tese] Rio de Janeiro: UERJ; 1996.
6. Pierantoni CR, França T, Garcia AC, Santos MR, Varella TC, Matsumoto KS. Gestão do trabalho e da educação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ObervaRH; 2012.
7. Abreu WLJ, Assis M. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saude Colet*. 2012; 17(11):2865-75.
8. Organização Pan-Americana de Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015. Brasília: MS; 2011.
10. Cruz MM, Santos EM. Políticas de saúde. In: Matta GC, Pontes ALM, organizadores. Organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.
11. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS; 2007.
12. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
13. Pierantoni CR. Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas [tese] [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000. [citado 8 Ago 2013]. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/3_6_2013__0_Reformas_da_saude.pdf
14. Barthes R. Mitologias. Tradução de Rita Buongiorno. 4a ed. Rio de Janeiro: Difel; 2009.
15. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação. Ministério do Planejamento. Exposição de motivo 00024/2013 sobre a Medida Provisória 621 [Internet]. Brasília; 2014 [citado 8 Ago 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm
16. Ministério da Educação (BR). Propostas de expansão de vagas do ensino médico nas Instituições Federais do Ensino Superior elaboradas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria n. 86, de 22 de março de 2012. Diário Oficial de União. 27 Mar 2012.

17. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 216. Jan 2013. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-3d779cae2d46cf6a8a99a35ba4167977.pdf
18. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 217. Fev 2013. Acesso em mar 2015. Disponível em <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/?numero=217&edicao=1335>.
19. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 219. Abr 2013. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-11c484ea9305ea4c7bb6b2e6d570d466.pdf
20. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 220. Mai 2013. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-231141b34c82aa95e48810a9d1b33a79.pdf
21. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 222. Jul 2013. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-b60c5ab647a27045b462934977ccad9a.pdf
22. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 223. Ago 2013. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-d8d31bd778da8bdd536187c36e48892b.pdf
23. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 224. Set 2013. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-ecd62de20ea67e1c2d933d311b08178a.pdf
24. Aciole GG. A Lei do Ato Médico: notas sobre suas influências para a educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2006; 30(1):47-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022006000100008>
25. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 225. Out 2013. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-f542eae1949358e25d8bfeefe5b199f1.pdf.
26. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 226. Nov 2013. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-49ad23d1ec9fa4bd8d77d02681df5cfa.pdf.
27. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 229. Fev 2014. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-4d8556695c262ab91ff51a943fdd6058.pdf.
28. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 234. Jul 2014. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-a554f89dd61cabd2ff833d3468e2008a.pdf.
29. Aciole GG. Depois da reforma: contribuição à crítica da Saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2013.

Aciole GG. El Proyecto Más Médicos para Brasil y la construcción de mitos: Una lectura bartheana. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1157-68.

El objetivo del proyecto Más Médicos para Brasil (PMMB) es proporcionar recursos humanos para el Sistema Brasileño de Salud, por medio de la mejora de la infraestructura de la red de salud, de la ampliación de las reformas educativas de los cursos de medicina y residencia médica y de la provisión de médicos para áreas vulnerables. La implantación del proyecto enfrentó reacciones contrarias a la propuesta, envolviendo principalmente a las instituciones médicas do país. Inspirados en el concepto de mito, realizamos una lectura de los discursos con que el Consejo Federal de Medicina sostuvo el debate, por medio del análisis del *Jornal Medicina* durante los primeros 24 meses de introducción del proyecto. El mito es un factor revelador de como las prácticas discursivas introducen en el imaginario colectivo alegorías que demarcan espacios ideológicos y permite analizar el proceso de disputa social y de las condiciones históricas de formulación e implantación de un programa gubernamental.

Palabras clave: Políticas. Planificación y administración en salud. Programas gubernamentales. Planes gubernamentales de Salud. Atención Primaria a la Salud. Sistema Brasileño de Salud.

Submetido em 07/06/2016. Aprovado em 22/05/2017.

Projeto Mais Médicos na saúde indígena:

reflexões a partir de uma pesquisa de opinião

Maria Angélica Breda Fontão^(a)
Éverton Luís Pereira^(b)

Fontão MAB, Pereira EL. More Doctors Project in indigenous health: reflections from an opinion survey. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1169-80.

The study aims to contribute to the analysis of the implementation of the Project More Doctors for Brazil in the Indigenous Special Health Districts, with data produced by opinion research developed in communities that are served by Project's physicians. The present analysis presents a set of data produced by a questionnaire applied to indigenous communities and then compared with the general universe of the same research in municipalities. The study identifies a significant increase in the number of physicians working in indigenous health, a positive perception of satisfaction with the project pointing out a non-exclusive relationship between access to biomedical services and the use of indigenous therapeutic practices. It also demonstrates the need to expand research on the consequences of the More Doctors Program, especially on qualitative and ethnographic bases.

Keywords: Indigenous health. Project More Doctors for Brazil. Survey research.

O estudo tem como objetivo contribuir com a análise da implementação do "Projeto Mais Médicos para o Brasil", nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com dados produzidos por pesquisa de opinião desenvolvida em comunidades assistidas por médicos do projeto. A presente análise trouxe um recorte dos dados produzidos pelo questionário aplicado às comunidades indígenas assistidas e comparados com o universo geral da pesquisa aplicada em municípios. O estudo identifica um incremento significativo no quantitativo de médicos trabalhando na saúde indígena, uma percepção positiva quanto à satisfação com o projeto e aponta uma relação não excludente entre o acesso aos serviços biomédicos e o uso de práticas terapêuticas indígenas. Demonstra, ainda, a necessidade de se ampliarem as pesquisas sobre as consequências do Programa Mais Médicos, especialmente de cunho qualitativo e etnográfico.

Palavras-chave: Saúde indígena. Projeto Mais Médicos para o Brasil. Pesquisa de opinião.

^(a) Departamento de Atenção à Saúde Indígena, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Ministério da Saúde. Setor de Rádio e Televisão Norte - SRTVN, Quadra 701, Bloco D - Edifício PO 700 - 5º andar - Brasília DF. maria.fontao@saude.gov.br

^(b) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. evertonpereira@unb.br

Introdução

O Projeto Mais Médicos (PMM) para o Brasil foi instituído, pelo governo brasileiro, em julho de 2013, no escopo do Programa Mais Médicos, criado a partir da Medida Provisória nº 621¹. De acordo com os documentos oficiais do Programa, ele é composto por três eixos, e faz parte de uma estratégia para melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliação da cobertura de profissionais médicos na atenção básica em áreas vulneráveis. O primeiro eixo prevê investimentos em infraestrutura dos equipamentos de saúde; o segundo tem o objetivo de aprimorar e ampliar a formação médica no Brasil, por meio do aumento do número de vagas em cursos de medicina e de residência médica em locais prioritários para o SUS. O terceiro eixo, do qual trata este artigo, busca suprir, emergencialmente, a carência de médicos no interior do país e nas periferias das grandes cidades.

A seleção de profissionais brasileiros e estrangeiros para as vagas do Projeto é feita por meio da classificação de acordo com diferentes perfis. O de maior vulnerabilidade é considerado o de atuação nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Os DSEIs são unidades descentralizadas do Ministério da Saúde (MS), vinculados, desde 2010, à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que tem a responsabilidade de executar as ações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS). O SASI-SUS foi criado no âmbito do SUS, pela Lei 9836/1999 (Lei Arouca), para organizar ações e serviços de saúde voltados ao atendimento das populações indígenas.

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)², a organização do DSEI é orientada para ser um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado. Ele é responsável pela realização de atividades no território indígena, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede e das práticas sanitárias, e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência aos povos indígenas.

Apesar da PNASPI estabelecer que as equipes de saúde dos distritos devam ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, o cotidiano do trabalho das equipes, historicamente, foi marcado pela ausência de profissionais médicos, em especial na Amazônia Legal. Esta realidade vem se transformando após o início do PMM. Segundo dados da Secretaria Especial de Saúde Indígena, em dois anos, foram incorporados, por meio do PMM, 339 médicos nos DSEIs⁽³⁾. Isso significa um crescimento de 79% em relação ao quantitativo de médicos que trabalhavam neste órgão em agosto de 2013.

A implementação do PMM nos DSEIs configura-se como uma experiência oportuna para investigação e análise nas áreas da saúde coletiva, da antropologia da saúde e outras afins. Este território de atuação é prioritário para os objetivos do projeto, especialmente pelas dificuldades de fixação de profissionais, as complexidades logísticas e operacionais, e por apresentar características próprias do contexto interétnico. Além disso, essa experiência é singular na história da saúde indígena, por tornar a presença de profissionais médicos uma realidade em grande parte das comunidades indígenas do país.

Após quase três anos do início da implementação do Projeto, temos poucas publicações e/ou estudos que retratem ou avaliem essa experiência na saúde indígena. Por este motivo, identifica-se como necessário o aprofundamento de reflexões acerca dos benefícios e dos desafios que a presença significativa de médicos em área indígena representa para a situação de saúde dessas populações;

⁽³⁾Dados apresentados na reunião da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 01 de setembro de 2015.

e, também, para a relação entre as práticas próprias de cuidado desses povos e o sistema oficial e/ou hegemônico de saúde.

Com o objetivo de contribuir para a reflexão, este artigo apresenta e analisa dados sobre o Projeto Mais Médicos na saúde indígena produzidos por uma pesquisa de opinião desenvolvida, no ano de 2014, pelo Núcleo de Opinião Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)^(d), em parceria com o Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas (IPESPE)^(e).

^(d) UFMG. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – FAFICH- Departamento de Ciência Política. Termo de Referência para Avaliação de política pública para saúde no Brasil: Programa Mais Médicos. Belo Horizonte; 2014 (mimeo).

^(e) IPESPE. Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas. Pesquisa de Opinião Mais Médicos: comunidade assistida – 2º fase. Relatório. 2015 (mimeo).

Metodologia

Realizou-se uma reflexão a partir dos dados quantitativos produzidos pela pesquisa de opinião supracitada. Ela foi encomendada pelo Ministério da Saúde, e os seus dados estão sob o domínio do financiador, sendo concedida autorização para acesso a eles pela Diretoria do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), de 19 de setembro de 2014.

A pesquisa foi executada em duas fases. A primeira abarcou somente médicos vinculados a serviços municipais. Foram utilizados questionários semiestruturados, elaborados para a aplicação com médicos, gestores municipais e comunidade assistida em Unidades Básicas de Saúde dos municípios. Os dados produzidos por esta fase não serão apresentados e/ou analisados neste artigo.

Enfocaremos a segunda fase da pesquisa, na qual os questionários foram adaptados para serem aplicados também com profissionais dos DSEIs (coordenadores distritais e médicos) e comunidades indígenas assistidas. As mudanças foram realizadas com o intuito de adaptar as terminologias das estruturas de organização do SASI-SUS, buscando manter a comparabilidade com os outros questionários aplicados e os parâmetros gerais da investigação. Foram inseridas perguntas específicas para o contexto indígena, como por exemplo: a identidade étnica do entrevistado, informações sobre parto realizado em aldeia e busca por recursos terapêuticos tradicionais.

Foram entrevistados 613 indígenas assistidos pelo PMM. Para que o recorte indígena pudesse ser analisado separadamente, a seleção da amostra para comunidades assistidas foi feita de tal forma que pudesse tanto ser inserida no escopo geral da pesquisa, com margem de erro inferior a 2,0% e confiabilidade de 95,45%, quanto fosse numericamente representativa deste perfil.

Os questionários foram estruturados em cinco blocos: perfil do entrevistado; avaliação dos médicos; conhecimento e avaliação do Programa Mais Médicos; serviços públicos de saúde; avaliação da equipe. O utilizado com as populações indígenas continha 67 perguntas. As respostas foram analisadas a partir de cruzamentos de dados quantitativos e, também, de forma comparativa com as respostas aos questionários aplicados na população atendida nos municípios.

A pesquisa de opinião de tipo quantitativa possui limitações que não permite a compreensão da percepção dos elementos subjetivos e das motivações que subsidiam as respostas. Essas restrições são mais perceptíveis em um contexto em que o público entrevistado não compartilha os mesmos códigos culturais hegemônicos, como é o caso das populações indígenas. Isso fica ainda mais saliente quando os entrevistados não dominam o idioma do pesquisador, o que é o caso de 12,2% dos participantes.

Outra possível limitação é a utilização da categoria genérica “indígena”. O uso desse termo homogêneo e não explícito a diversidade entre os povos indígenas que vivem no Brasil. De acordo com o censo 2010 do IBGE, são identificadas 305 etnias e 274 línguas no território nacional. Os 613 indivíduos entrevistados se reconheceram em 43 grupos étnicos. Entretanto, devido às características da pesquisa e ao número limitado de indivíduos entrevistados por etnia, não foi possível adotar um recorte étnico para a análise.

Tendo consciência das limitações apresentadas, considerou-se relevante trabalhar os dados da pesquisa de opinião devido ao seu caráter inédito, a restrição de informações disponíveis e a relevância do tema. Assim, pretende-se contribuir para a reflexão e o debate público sobre: o PMM para o Brasil na saúde indígena, suas características, potencialidades e desafios para a consolidação da atenção diferenciada preconizada na PNASPI.

Referencial teórico utilizado para problematização da pesquisa

Teixeira et al.³ demonstram que a produção no campo da saúde indígena teve um significativo incremento e consolidação nos últimos 15 anos, propiciado pelo processo de democratização no país e implantação do SASI-SUS, aliado à ampliação dos programas de pós-graduação e dos espaços de troca de conhecimento favorecidos pelas organizações científicas. Utilizando o argumento das autoras, podemos pensar o desenvolvimento do campo de acordo com três momentos históricos específicos que trazem debates teóricos pontuais: antes e depois da Constituição Federal de 1988 e a partir dos anos 2000.

Antes dos anos 1990, a problemática da saúde nos estudos etnográficos com populações indígenas estava atrelada aos temas clássicos da antropologia, como xamanismo, ritual e cosmologia. Influenciados pela emergência do movimento indígena e da reforma sanitária e suas contribuições na garantia da saúde como direito universal e dever do Estado, no reconhecimento do direito à terra e às especificidades étnicas e culturas dos povos indígenas, os anos de 1990 apresentam o fortalecimento do campo⁴ e um novo calendário de pesquisas na saúde indígena.

Nos anos 1990, emergiram reflexões sobre: os conceitos indígenas de saúde e doença, as medicinas indígenas ou etnomedicinas, o “impacto” do uso de medicamentos e outros bens médicos ocidentais no conjunto das representações indígenas, as reflexões sobre as políticas públicas, a organização do subsistema de saúde voltado para povos indígenas, agentes indígenas de saúde e outros agentes envolvidos na implementação desta política. Além disso, o campo da saúde pública trouxe o enfoque na produção de estudos epidemiológicos, discussão de indicadores de saúde e aspectos operacionais e conceituais da vigilância em saúde³. A transformação da realidade político-sanitária do país e o aumento dos direitos das populações provocaram o incremento do campo: as formas como os indígenas significam o processo saúde-doença, bem como a interação entre os serviços do Estado e essa população apareceram nas agendas de pesquisa.

O expressivo aumento nas produções sobre o tema acontece a partir dos anos 2000. Teixeira et al.³ identificam duas tendências atuais nos estudos sobre saúde indígena: (i) problemáticas dos itinerários terapêuticos; (ii) análise da interface entre o Estado, as políticas de saúde e as populações indígenas, especialmente na reflexão sobre a forma como a atenção está organizada. O que temos, assim, é a expansão de estudos sobre a permeabilidade das diferentes ações e concepções nas escolhas terapêuticas dos indígenas.

O desenvolvimento do campo da saúde indígena indica que o movimento da estruturação do Estado e dos serviços de saúde provocou impactos importantes nas produções e nos referenciais teóricos. Transformações de ordem política e administrativa do país contribuem para a necessidade de outros olhares e novas formas de pensar. No contexto da inserção do PMM, alguns modelos analíticos devem ser acionados para se compreender a realidade apresentada pela pesquisa, especialmente aqueles que dialogam com a interação entre indígenas e serviços de saúde^{5,6}, bem como as propostas e desafios da “atenção diferenciada”⁷. Compreender isso nos dá elementos para pensar a pesquisa aqui apresentada.

Sobre a interação estabelecida entre indígenas e serviços de saúde, Cardoso⁸ aponta que

[...] do ponto de vista indígena, o acesso ao atendimento biomédico parece significar não somente um recurso terapêutico necessário, mas também os serviços (principalmente os medicamentos) são compreendidos como 'bens', que tendem a ser incorporados e postos a circular de acordo com a dinâmica interna das relações sociais e políticas. (p.102)

Além de o acesso aos serviços de saúde ser, em grande medida, percebido de forma positiva pelos indígenas, é importante considerar o papel e a posição hierárquica do médico na biomedicina para a compreensão dos resultados apresentados na pesquisa. Em estudo sobre a medicina hegemônica e a medicina indígena entre os Yaminawa, na fronteira entre o Brasil e Peru, Sáez⁹ descreve a visão destes povos sobre os médicos da cidade.

Para Sáez⁹, as relações entre essas duas cosmovisões apresentam uma marcação de outridade que pode ser pensada como um certo prestígio representado pelo outro (seja a medicina indígena para os não indígenas, seja a biomedicina para os indígenas). Seguindo o raciocínio do autor, existe um prestígio simbólico dos "doutores distantes" vinculado aos aspectos da relação médico-paciente, e isso pode influenciar a percepção e a expectativa sobre o PMM, especialmente nos dados que serão aqui apresentados.

Por um lado, percebemos uma realidade dinâmica na interação dos indígenas e dos serviços de saúde, e, por outro, faz-se necessário refletir sobre as relações de poder estabelecidas no contato médico-paciente. Menéndez^{10,11} e Silva¹² consideram que as assimetrias de poder decorrem do histórico de luta política pela construção da autoridade médica, do "poder saber" e, também, da relação "hegemonia-subalternidade" que a biomedicina estabelece sobre as outras formas de atenção não biomédicas.

O princípio da "racionalidade científica", como apontado por Menéndez¹¹, pode ser considerado o marco a partir do qual a biomedicina se identifica profissionalmente como ciência e se distancia de outras formas de atenção à saúde. As práticas não biomédicas são tratadas como hierarquicamente inferiores e identificadas como "não científicas" ou ligadas pejorativamente a "dimensões culturais". Nesta relação, as outras práticas tenderiam a ser excluídas, ignoradas e estigmatizadas ou, quando aceitas pela biomedicina, apropriadas como uso complementar.

A relação dúbia dos indígenas apresentada pelas etnografias analisadas nos demonstra que, por um lado, temos um contexto de interação entre concepções de medicina diferentes – uma pautada na biomedicina hegemônica e outra que leva em consideração as práticas tradicionais. Por outro lado, ajudam-nos a entender as relações de poder imbricadas quando da inserção do conhecimento biomédico em comunidades indígenas.

Esses dois elementos teóricos são imprescindíveis para a análise dos dados apresentados pela pesquisa de opinião sobre o PMM nos DSEIs. Além disso, demonstram a importância de uma reflexão mais aprofundada sobre a ideia de atenção diferenciada, conceito-chave da PNASPI.

Langdon¹³ define atenção diferenciada não como a incorporação de práticas tradicionais aos serviços de saúde, mas como uma articulação entre os serviços e as práticas de autoatenção existentes nas comunidades. Apesar de a "atenção diferenciada" ser um conceito proposto desde a 1^o Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, a autora a considera um desafio para o cotidiano dos DSEIs.

A PNASPI reforça ser legítima a existência de outras formas de compreender, viver e explicar o processo de saúde e doença, distanciando-se, assim, da concepção da hegemonia biomédica. O conceito de "atenção diferenciada" e a diretriz de articulação com os sistemas tradicionais de saúde indígena são estratégias presentes na Política para a superação destas assimetrias. Entretanto, a implementação do modelo de atenção diferenciada na atuação dos profissionais da biomedicina junto aos povos indígenas continua sendo um desafio que também se apresenta no contexto do PMM.

A pesquisa de opinião aqui analisada traz elementos para a reflexão sobre as questões apontadas. Foram selecionados dados da entrevista com comunidades indígenas assistidas pelo Programa,

priorizando-se aqueles que, comparativamente, se destacaram dos dados da pesquisa com populações de municípios ou, ainda, aqueles que trouxeram aspectos relevantes no diálogo com outros dados de pesquisas produzidas sobre saúde indígena.

Perfil dos entrevistados nas comunidades indígenas

Foram entrevistados 613 indígenas atendidos pelo Projeto Mais Médicos. Estes se reconheceram em 43 diferentes etnias, sendo 87,8% deles identificados como pessoas que falam o idioma português fluentemente; 4,4% não se comunicam neste idioma, e 7,8% falam português, porém com dificuldades. Foi necessário o apoio de intérprete para a realização de 11,4% das entrevistas.

Com relação ao sexo, 66,4% das entrevistadas foram mulheres e apenas 33,6% homens. No universo geral da pesquisa, incluindo os perfis dos municípios, as mulheres foram responsáveis por 80,5% das respostas obtidas, podendo-se observar uma tendência de maior participação de mulheres na pesquisa, ainda que exista uma diferença significativa entre o percentual nas comunidades indígenas quando comparado ao geral.

Os dados corroboram a tendência apontada na literatura disponível sobre o tema^{14,15}, de que as mulheres indígenas estariam se tornando importantes interlocutoras entre seus grupos e a sociedade não indígena, participando da luta pelos direitos do seu povo e no diálogo com as políticas desenvolvidas pelo Estado brasileiro.

Também sabemos que o desenho metodológico pode ter contribuído para o maior acesso à população feminina, visto o disposto na orientação da pesquisa na qual as entrevistas deveriam ser realizadas dentro dos serviços de saúde. Essa questão pode ter sido relevante nos dois contextos, especialmente dos municípios, considerando o apontado na literatura sobre o atendimento e acesso privilegiado de mulheres aos serviços de saúde¹⁶. Entretanto, os dados da pesquisa não permitem afirmar que a escolha do pesquisador em comunidades indígenas tenha sido exclusivamente nos locais onde se realizavam o atendimento, já que existem dinâmicas próprias de interação com não indígenas nas aldeias.

Com relação à metodologia adotada na pesquisa, no caso das comunidades indígenas, os locais onde as equipes realizam os atendimentos não são configurados da mesma forma que nos municípios, e não existem estruturas de saúde em todas as comunidades. Foram identificados que os atendimentos realizados pelas equipes de saúde aconteciam da seguinte maneira: 30,5% no polo base; 47,1% no posto ou unidade básica de saúde; 12,1% em espaços comunitários da aldeia; 5,7% em escolas; e 0,3% em domicílios.

Com relação ao número de filhos, observou-se um perfil diferente entre os entrevistados de DSEI e de municípios. Nos municípios, 52% das pessoas entrevistadas relataram possuir até dois filhos e 26,3% não terem filhos. Nos DSEIs, apenas 15,8% não tinham filhos, 38,5% teriam de um a dois filhos, 34,1% de três a cinco, e 11,5% responderam ter mais de seis filhos. A pesquisa encontrou respostas de até 14 filhos (0,3%). Esses dados, possivelmente, indiquem mais do que somente elementos de natalidade, dadas as variadas noções de parentesco e filiações existentes nas diferentes sociedades indígenas¹⁷.

Outro dado trazido pela pesquisa foi de que 70,3% das pessoas entrevistadas em DSEI afirmaram ser beneficiárias do Programa Bolsa Família, um número bastante superior ao da população entrevistada em municípios, onde somente 38,6% afirmaram receber o benefício. Nas respostas das populações quilombolas, vistas também como vulneráveis pelo PMM, somente 47% dos entrevistados afirmaram receber o Bolsa Família, número significativamente inferior ao da população indígena entrevistada. Este dado na população indígena traz um elemento relevante, por indicar o acesso a diferentes serviços e programas sociais do Estado pelas comunidades indígenas.

Quando questionados, 69,8% dos indígenas entrevistados responderam ter acesso a alguma fonte de renda. Destes, 31,8% responderam que trabalham como agricultor familiar ou trabalhador rural; 14,5% aposentado ou similar; 15% artesão; 3% agente indígena de saúde; 1,9% professor; 0,7% empregada doméstica; 33% teriam outras ocupações ou outras origens de renda.

Estas perguntas sinalizaram que parte significativa dos entrevistados estabelece relações monetárias, acessa programas de renda e benefícios sociais e mantém relações comerciais com os municípios e sociedades em que está inserida. Embora não exista um detalhamento maior desse aspecto, os dados apontam elementos para o diálogo com outros estudos que têm analisado a inserção de programas e benefícios sociais em comunidades indígenas e a processos de mudança nas dinâmicas de relações sociais.

A inserção de profissionais médicos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil

A pesquisa de opinião de que tratamos neste artigo traz elementos que sinalizam uma ampliação do acesso ao atendimento em saúde por profissional médico nas comunidades entrevistadas. A magnitude desse fenômeno é especialmente significativa para o perfil DSEI, quando comparamos os resultados da pesquisa com os perfis de municípios.

47% dos indígenas afirmaram que a equipe de saúde que atende a comunidade não era composta de médico antes do início do PMM. Quando observamos os dados absolutos da pesquisa (todos os perfis de entrevistados), notamos que somente 31% afirmaram ter ficado sem médico.

Os dados sinalizam uma mudança na composição das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) com a incorporação dos médicos. Teixeira³ apontou, em revisão sobre pesquisas em saúde indígena, que os profissionais de enfermagem eram a figura-chave desta política. Esses dados são corroborados por Silva¹², no contexto de pesquisa sobre o atendimento em saúde na região do DSEI Rio Tapajós, e Souza¹⁸, ao tratar do processo de supervisão e das mudanças a partir do Programa Mais Médicos em área indígena, no contexto do Amazonas.

Adicionalmente, 28% dos entrevistados do perfil comunidades indígenas afirmaram ter ficado mais de um ou de dois anos sem médico. A mesma resposta nos outros perfis foi de, no máximo, 11%, inclusive no recorte com populações quilombolas e municípios com mais de 20% de pobreza. Estes dados sinalizam que apesar de o quantitativo médico em DSEI ser numericamente inferior ao número de participantes do PMM, representando somente 1,8% do total em agosto de 2015, foi nesse território que o programa parece ter atingido, de forma mais expressiva, o seu objetivo original de prover médicos em regiões com escassez ou ausência desse profissional.

Os dados trazem, ainda, elementos que se relacionam a outros atributos da atenção primária à saúde, em especial, a continuidade do cuidado e a construção de vínculo. A pesquisa desenvolvida indicou que 56,2% dos indígenas entrevistados foram atendidos três ou mais de três vezes pelo mesmo médico, e somente 18,1% uma única vez. 73,2% dos entrevistados relataram que o médico realizava visitas nas casas dos pacientes. Outro aspecto interessante é que 79,4% dos entrevistados afirmaram não ter dificuldades em se comunicar com o médico, apesar de quase a totalidade dos médicos em DSEI naquele momento ser estrangeira, em especial, cubanos.

Na literatura sobre o tema, esses atributos estão relacionados ao modelo de atenção preconizado pela Estratégia de Saúde da Família¹⁹, que prevê o reconhecimento das condições de vida e necessidades da população de forma a permitir uma compreensão ampliada do processo de saúde e doença²⁰. Outra questão importante é com relação à construção e manutenção de vínculos para uma melhor atenção à saúde. Estas competências também se relacionam ao conceito de atenção diferenciada que deve ter como base a competência cultural.

Não podemos afirmar, a partir dos dados produzidos pela pesquisa, que estes atributos estejam presentes na atuação dos profissionais do programa. Porém, eles apontam aspectos que poderiam ser melhor desenvolvidos em outros estudos, especialmente de caráter etnográfico.

Neste contexto em que a cobertura de profissionais médicos em área parece deixar de ser um problema significativo para a saúde indígena, emerge uma série de novos desafios que não são menores e devem ser considerados. Entre eles estão: a formação desses profissionais para atuação em contexto intercultural (debate bastante importante na literatura sobre o tema e igualmente relevante para a consolidação da PNASPI^{21,22}); a sustentabilidade da experiência do Projeto Mais Médicos,

considerando a continuidade do cuidado e do vínculo, e a avaliação dos impactos do Programa na saúde indígena. Devem-se, ainda, avaliar as mudanças produzidas e seus significados nas dinâmicas sociais a partir da maior presença de médicos nas comunidades indígenas, considerando-se as assimetrias de poder estabelecidas na relação médico-paciente e na relação entre a biomedicina e outras formas de atenção à saúde.

Percepção dos indígenas entrevistados sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil

Outro aspecto que foi abordado pela pesquisa diz respeito à percepção dos indígenas entrevistados sobre o PMM. Observou-se que somente 54% dos entrevistados em DSEI afirmaram conhecer ou ter ouvido falar do Programa antes da realização da investigação. Esse dado é menor em comparação com o universo geral da pesquisa, na qual se identificou que 74% dos entrevistados afirmaram conhecer o programa.

Um elemento que parece ter sido relevante para esse conhecimento prévio foi o acesso aos meios de comunicação de massa. A televisão teve destaque e foi apontada como sendo o principal veículo de difusão de informação em todos os casos: 90,6% em municípios e 87,6% em DSEI.

Também foi sinalizado, na pesquisa, o alto nível de satisfação com o médico do PMM que atua nas comunidades indígenas. A nota média dada aos médicos foi 8,7 (numa escala de um a dez), sendo que 93,1% dos entrevistados teriam relatado estarem satisfeitos ou muito satisfeitos com o trabalho destes profissionais, e apenas 4,1% estariam insatisfeitos.

Como apontamos anteriormente, esses números refletem respostas pontuais dos entrevistados em um momento de questionamento do entrevistador. Ainda assim, eles parecem indicar uma percepção bastante positiva que não deve ser desconsiderada. Tal percepção pode estar relacionada à satisfação com a ampliação do acesso, nas aldeias, aos serviços biomédicos – que é uma demanda do movimento indígena para concretização do direito à saúde^{8,23} –, e, também, pela forma como os indígenas interagem com a biomedicina e com seus agentes, como apontado anteriormente.

Quando cruzamos os dados da pesquisa, observamos uma relação entre as respostas de satisfação com o médico e de conhecimento prévio do programa. As respostas apontam que quanto mais o conheciam, maior era a chance de estarem satisfeitos com o profissional vinculado a eles. Podemos observar esta relação na Tabela 1.

Tabela 1. Satisfação com o médico e conhecimento prévio do Programa

		Você conhece ou ouviu falar do Programa Mais Médicos?			Total
		Conhece/Ouviu falar	Não conhece	Não sabe/Não respondeu	
Com relação ao médico que trabalha na comunidade você está...	Muito satisfeito	59,5%	39,3%	1,2%	100%
	Satisfeito	52,8%	47,0%	0,3%	100%
	Insatisfeito	36,0%	64,0%	0,0%	100%
	Não sabe/Não respondeu	52,9%	47,1%	0,0%	100%
Total		54,0%	45,5%	0,5%	100%

Fonte: IPESPE, 2015.

Os dados da pesquisa sugerem uma tendência a maior satisfação com o profissional por parte dos indivíduos que conheciam o programa anteriormente e que possuíam previamente alguma expectativa com relação a ele. Por outro lado, não podemos observar uma diferença numericamente significativa entre os que responderam estar simplesmente satisfeitos.

Elementos sobre a relação entre as práticas de saúde biomédicas e indígenas no contexto do Projeto Mais Médicos

No questionário aplicado para comunidades assistidas de DSEI, incluiu-se a seguinte pergunta: "Além do médico, o (a) senhor (a) busca cuidar da sua saúde com pessoas da sua comunidade, como, por exemplo, o pajé, parteira, raizeiro, curandeiro, xamã?". As alternativas possíveis para este questionamento eram "sim", "não" e "não respondeu".

As respostas foram assim distribuídas: 61,5% dos entrevistados afirmaram que, além do médico, buscam também cuidar da sua saúde com especialistas indígenas; 37,7% responderam negativamente; e 8% não responderam. Considera-se relevante que mais de 60% dos entrevistados tenham reconhecido, nos termos da pergunta, que, além da atenção biomédica, busquem, também, outras estratégias terapêuticas indígenas.

Esse dado, porém, deve ser tratado com cautela, pois não se pode aferir que 37,7% dos indivíduos entrevistados cuidem da sua saúde exclusivamente acessando os serviços biomédicos ofertados pelo DSEI, apesar de terem respondido negativamente a pergunta. Da mesma forma, não podemos afirmar que esses sujeitos/comunidades não possuam sistemas terapêuticos próprios. É preciso ponderar que as formas como os grupos indígenas entendem seus sistemas de saúde são diversas, e nem sempre as informações sobre a busca por outros serviços (além dos biomédicos) são relatadas, visto as relações de hegemonia estabelecidas com os serviços do Estado.

A forma de nomeação e de produção de significado sobre os especialistas e/ou os modelos e práticas de cuidado indígenas podem variar significativamente. Os dados apresentados no parágrafo anterior apontam que um número significativo de entrevistados afirmou buscar outras técnicas/especialistas, entretanto, não sabemos o que eles entendem quando questionados sobre isso.

O reconhecimento da eficácia da biomedicina pelos povos indígenas tem sido analisado por diversos pesquisadores^{8,9,23}. Esses autores apontam que os serviços biomédicos, quando acessíveis, em geral fazem parte dos itinerários terapêuticos dos indígenas. A biomedicina é, em grande medida, apresentada como alternativa ou "coexistência complementar"⁸ que é utilizada pelos indígenas a partir das suas concepções dos processos de saúde e doença. Langdon²³ indica que a escolha sobre as terapias depende do estágio e do tipo da doença, e se baseia em vários aspectos, como a percepção sobre o prognóstico, causa e experiências individuais e grupais.

Alguns cruzamentos dos dados da pesquisa de opinião reforçam a percepção de não haver uma relação excludente entre o acesso ao atendimento pelo serviço médico e a coexistência de sistemas terapêuticos indígenas. Dos entrevistados que afirmaram a presença de médicos atendendo na comunidade antes do programa, 44,6% responderam positivamente a pergunta sobre a busca de cuidados em saúde com especialistas indígenas. A mesma resposta positiva ocorreu em 41,1% daqueles que afirmaram que a comunidade teria ficado sem atendimento médico. Identificamos, portanto, não haver uma diferença significativa que relacione a resposta positiva a esta pergunta com a existência ou não de atendimento médico na comunidade antes do programa.

Assim, os dados sugerem não haver escolhas únicas nas ações em saúde. Ou seja, a presença ou não de médicos com maior ou menor frequência não impactaria, necessariamente, na busca por recursos terapêuticos indígenas. Assim, parece não existir uma relação excludente entre os recursos terapêuticos indígenas e o tempo sem atendimento médico na comunidade, pois mesmo os indivíduos que tiveram acesso ao serviço biomédico afirmaram utilizar outras práticas de cuidado à saúde não restritas a este modelo. Os dados reforçam o argumento que defende não haver uma perspectiva antagonista entre os modelos de atenção à saúde, que, ao invés de se excluírem, tenderiam a ser utilizados pelas comunidades de forma integrada^{10,11}.

Considerações finais

A pesquisa de opinião discutida neste artigo teve o mérito de fazer emergir questões relevantes para o debate sobre saúde indígena no Brasil. Os dados apresentados devem ser pensados à luz das críticas possíveis sobre as noções subjetivas dos sujeitos quando da resposta de um questionário estruturado, especialmente em um contexto de diferença étnico-cultural, como é o caso dos indígenas. Entretanto, as reflexões possíveis obtidas a partir da leitura das respostas dos indígenas, com o auxílio das discussões teóricas do campo, apresentam um potencial disparador de outras análises. Mais do que respostas previamente delimitadas, a pesquisa de opinião aqui apresentada é vista como um locus importante para a produção de outras perguntas, passíveis de serem respondidas com pesquisas qualitativas.

A pesquisa apontou que a dificuldade de prover o acesso ao atendimento médico na saúde indígena foi, em parte e emergencialmente, suprida com o Projeto Mais Médicos para o Brasil. No entanto, apesar da significativa ampliação na cobertura de profissionais médicos, mantém-se, como desafios para o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a consolidação de um modelo de atenção médica diferenciada que considere a articulação com os saberes e práticas indígenas de saúde. Além disso, também configura-se como um desafio a avaliação dos seus impactos e a sustentabilidade dessa experiência, considerando as limitações temporais estabelecidas pelo programa.

Os dados sugerem uma percepção positiva entre os indígenas sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que se relaciona à satisfação com o médico e à expectativa prévia daqueles que conheciam ou ouviram falar do PMM. Essa percepção possivelmente esteja relacionada com a perspectiva positiva dos indígenas sobre o acesso aos serviços biomédicos, entendido como um direito, além do prestígio simbólico que possui a profissão médica, estabelecido a partir das dinâmicas próprias de poder da biomedicina.

Os dados mostraram não haver uma relação excludente entre a busca pelos serviços ofertados pelo sistema biomédico e as práticas e sistemas terapêuticos indígenas. Apontam, ainda, para a necessidade de se aprofundarem as reflexões sobre o Projeto Mais Médicos, por meio de estudos etnográficos que possam ampliar a compreensão sobre os significados que ele adquire no contexto indígena, além das mudanças nas dinâmicas das equipes e na relação dos indígenas com os serviços biomédicos.

Colaboradores

Maria Angélica Breda Fontão concebeu o artigo, analisou e discutiu os resultados. Éverton Luís Pereira discutiu os resultados e a análise dos dados. Os dois autores participaram da revisão final do artigo.

Referências

1. Lei nº12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Teixeira CC, Silva CD. Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação. Anu Antropol. 2013; 1:35-57.

4. Langdon EJ, Foller ML, Maluf SW. Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais. *Anu Antropol.* 2012; 1:51-89.
5. Luciani JAK. Uma etnografia de ponta a ponta: o Ministério da Saúde e os Yanomami do Amazonas, Venezuela. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores. *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina.* Florianópolis: Ed. da UFSC; 2015. p. 279-306.
6. Pellegrini M. As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa.* Rio de Janeiro: ABA e Contracapa; 2004. p. 233-243.
7. Silveira NH. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.* Rio de Janeiro: ABA e Contracapa; 2004. p. 111-127.
8. Cardoso MD. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores, *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina.* Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. p. 83-106.
9. Sáez OC. La Barca que sube y la barca que baja: sobre el encuentro de tradiciones médicas. *Antropol Prim Mao.* 2005; 80:4-23.
10. Menéndez EL. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades.* 1994; 4:71-83.
11. Menéndez EL. Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teoricas y articulaciones prácticas. *Cienc Saude Colet.* 2003; 8:185-207.
12. Silva CD. Cotidiano, saúde e política: uma etnografia dos profissionais de saúde indígena [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
13. Langdon EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.* Rio de Janeiro: ABA e Contracapa; 2004. p. 33-51.
14. Ferreira LO. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18:1151-59.
15. Grubits S, Darraut-Harris I, Pedroso M. Mulheres indígenas: poder e tradição. *Psicol Estud.* 2005; 10:363-72.
16. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica,* 2002; 11:365-73.
17. Viveiros de Castro, Eduardo. *Antropologia do parentesco – estudos ameríndios.* Rio de Janeiro: Ed UFRJ; 1995.
18. Souza MLP. Apontamentos sobre as especificidades da supervisão acadêmica em área indígena no âmbito do Programa Mais Médico para o Brasil: o caso do estado do Amazonas. *Tempus.* 2015; 9:191-7.
19. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
20. Oliveira MA, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66:158-64.
21. Boccara G. La interculturalidad em Chile: entre culturalismo y despolitización. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores. *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina.* Florianópolis: Ed da UFSC. 2015. p. 195-216.

22. Ferreira LO. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores. Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Ed da UFSC; 2015. p. 217-46.
23. Langdon EJ. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: Baruzzi RG, Junqueira C, organizadores. Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história. São Paulo: Terra Virgem; 2005. p. 115-34.

Fontão MAB, Pereira EL. Proyecto Más Médicos en la salud indígena: reflexiones a partir de una encuesta de opinión. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1169-80.

El objetivo del estudio es contribuir con el análisis de la implementación del Proyecto Más Médicos para Brasil, en los Distritos Especiales Indígenas, con datos obtenidos por encuesta de opinión desarrollada en comunidades asistidas por médicos del proyecto. Este análisis proporcionó un recorte de los datos obtenidos por el cuestionario aplicado en las comunidades indígenas asistidas y comparados con el universo general de la encuesta realizada en los municipios. El estudio identifica un aumento significativo en la cantidad de médicos trabajando en la salud indígena, una percepción positiva en lo que se refiere a la satisfacción el proyecto y señala una relación no excluyente entre el acceso a los servicios biomédicos y el uso de prácticas terapéuticas indígenas. También demuestra la necesidad de ampliar las investigaciones sobre las consecuencias del Programa Más Médicos, especialmente de cuño cualitativo y etnográfico.

Palabras clave: Salud indígena. Proyecto Más Médicos para Brasil. Encuesta de opinión.

Submetido em 23/05/2016. Aprovado em 06/12/2016.

O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil

Lucélia Luiz Pereira^(a)
Leonor Pacheco^(b)

Pereira LL, Pacheco L. The challenges faced by the More Doctors Program in providing and ensuring comprehensive health care in rural areas in the Amazon region, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1181-92.

The objective of this research was to assess how the More Doctors Program has been implemented in rural areas and the contributions made by providing physicians to ensure comprehensive health care. A study was conducted in a predominantly rural city in the state of Pará, involving 42 interviews with health professionals and managers, council members and users. The interviews then underwent content analysis. The results suggest that there have been improvements in primary health care – such as a higher number of consultations and expanded access to the primary care services offered – that can be attributed to the presence of the physicians and the use of more equitable strategies. However, there are still challenges to be confronted in order to ensure comprehensive health care in rural areas, such as maintenance of the program and overcoming recurrent problems, such as: lack of drugs and tests; limitations in follow-up on patients referred to other services; and weaknesses in the health care network.

Keywords: Primary care physicians. Rural areas. Health.

A pesquisa objetivou avaliar como o Programa Mais Médicos vem sendo implementado em áreas rurais e a contribuição do provimento de médicos para garantir atenção integral à saúde. Realizou-se estudo em município predominantemente rural no estado do Pará, conduzindo-se 42 entrevistas com: profissionais, gestores de saúde, conselheiros e usuários; submeteram-se as entrevistas à análise de conteúdo. Os resultados sugerem melhorias na atenção primária à saúde – como aumento de consultas e ampliação do acesso aos serviços de atenção básica ofertados – atribuídas à presença do médico e às estratégias mais equitativas adotadas. No entanto, ainda persistem desafios a enfrentar para garantir atenção integral à saúde nas zonas rurais, como a manutenção do programa e a superação de problemas recorrentes, como: falta de medicamentos e exames, limitações no retorno dos pacientes referidos a outros serviços e fragilidades na rede de atenção à saúde.

Palavras-chave: Médicos de atenção primária. Áreas rurais. Saúde.

^(a) Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro. SER - ICC Norte, Brasília, DF, Brasil, 70910-900. lucelia@unb.br

^(b) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. DF, Brasil. leopac@unb.br

Introdução

Direito à saúde na perspectiva da integralidade da atenção

A saúde é direito de todos os cidadãos, reafirmado na Constituição Federal de 1988. Deve ser garantido de forma integral e universalizada. No Brasil, em 1988, foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios da Reforma Sanitária, com vistas a reorientar o modelo de atenção à saúde. Sendo assim, foi questionada a hegemonia do modelo biomédico de atenção, que enfatiza os aspectos individuais e biológicos, focando a assistência no adoecimento.

O SUS, em contraposição, defende um modelo de atenção integral onde as necessidades de saúde da população são consideradas no planejamento das ações assistenciais. Além disso, organiza o sistema com o objetivo de contemplar a promoção, prevenção, tratamento e recuperação a partir da atenção primária, secundária e terciária.

A integralidade da atenção, um dos princípios do SUS, pode ser compreendida a partir de duas dimensões ou níveis de análise: a primeira refere-se à organização da rede de serviços de saúde, onde percebe-se a necessidade de garantir ações articuladas de prevenção, promoção, proteção e recuperação, tanto no nível individual quanto coletivo, em todos os níveis de complexidade do sistema.

A segunda dimensão diz respeito à abordagem adotada na relação entre os atores (profissionais e usuários) tanto na oferta quanto demanda pelos serviços, ou seja, está relacionada ao processo de atenção, denotando a compreensão do indivíduo em sua totalidade, garantindo uma abordagem biopsicossocial^{1,2}.

Alguns autores ampliam o conceito de integralidade, considerando, além da organização dos serviços e compreensão do indivíduo: os atributos sobre o campo político³, garantia de equidade, com tratamento diferenciado para usuários em situação desigual, e foco da atenção no indivíduo⁴.

Para Ferreira⁵, a implementação de um sistema de saúde integral depende da relação entre outros princípios do SUS, como: universalidade, equidade e garantia do acesso. A universalidade expressa a ideia de que o Estado deve prestar atendimento a toda a população.

Semelhante à integralidade, o acesso também é alvo de debates, podendo se limitar à oferta de serviços de saúde à população; ou abarcar, também, a utilização e a qualidade da atenção no processo de cuidado, bem como se as respostas dadas pelo serviço são adequadas às necessidades apresentadas pela população, considerando o tempo, o espaço e a distância⁶.

Donabedian considera dois aspectos na definição de acessibilidade, um sócio-organizacional e outro geográfico⁷. O primeiro diz respeito a variáveis que influenciam o acesso à saúde, como: condição social, cultural, educacional e econômica. O segundo se refere à distância entre o serviço ofertado e o usuário. Portanto, abrange não só a disponibilidade de recursos, mas as características dos serviços e dos recursos, podendo potencializar ou limitar a utilização da rede pelos usuários⁸.

Em relação à equidade, pode ser entendida tanto numa perspectiva horizontal, tratamento igual para pessoas iguais, e vertical, definida como tratamento diferenciado entre indivíduos desiguais⁷. O princípio da equidade baseia-se na ideia de justiça social, objetivando reduzir diferenças sociais, a partir do atendimento diferenciado para necessidades diferenciadas⁹.

Características da atenção à saúde em áreas rurais

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção primária configura-se como porta de entrada para o processo assistencial em saúde¹⁰. No entanto, na zona rural intensificam-se as desigualdades de acesso aos cuidados primários de saúde devido às diversas barreiras de acesso, relacionadas a questões geográfica, econômica, cultural e organizacional¹¹⁻¹³.

A população rural depende quase que exclusivamente do SUS para atenção à sua saúde. Devido à localização geográfica da UBS e às barreiras econômicas e de transporte para deslocamento,

geralmente os moradores das zonas rurais buscam serviços de saúde mais próximos da residência, havendo, assim, uma procura mais frequente pelo posto de saúde localizado na própria zona rural onde mora. A procura pela sede do município para atendimento geralmente ocorre na falta de profissionais de saúde na UBS ou devido à necessidade de atenção especializada.

Vários estudos apontam a dificuldade de recrutamento e fixação de profissionais no contexto rural, além de alta rotatividade dos profissionais das equipes do PSF¹⁴⁻¹⁶. Há diversos fatores relacionados a escassez de recursos humanos nessas regiões, dentre eles, destaca-se a localização geográfica, por serem áreas distantes dos grandes centros e, muitas vezes, de difícil acesso.

A população rural brasileira representa 18,75% da população total, cerca de 29,9 milhões de pessoas residindo em, aproximadamente, 8,1 milhões de domicílios, e 46,7% destas pessoas estão na linha de extrema pobreza¹⁷. Verifica-se que há uma tendência, no meio rural, de a população procurar os serviços de saúde majoritariamente em casos de doenças, e não para exames de rotina ou prevenção. Tais dados demonstram as especificidades desta população e a centralidade do SUS, uma vez que apresenta taxas menores de cobertura por plano de saúde se comparado à população residente em áreas urbanas¹⁸.

Considerando as iniquidades presentes no acesso aos serviços de saúde pela população do campo, o governo federal implantou, em 2013, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, visando à inserção social e o efetivo direito à saúde de populações historicamente excluídas do acesso aos serviços de saúde¹⁹. A política destaca que a população rural possui diversas desvantagens em relação à atenção à saúde, necessitando, portanto, de estratégias diferenciadas para a sua inclusão.

Nesse sentido, a política prevê a promoção da saúde das populações do campo, da floresta e das águas por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando: o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas, e a melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida¹⁹.

A integralidade da atenção à saúde nas áreas rurais é um desafio a ser enfrentado, uma vez que apresentam características que comprometem os princípios da universalidade e equidade no acesso e na utilização dos serviços. Nesta direção, em 2013, o governo federal implantou o Programa Mais Médicos (PMM), com o objetivo de fortalecer a atenção primária e reduzir o déficit de médicos em diversas áreas, dentre elas, nas zonas rurais e periferias dos grandes centros^{20,21}. O PMM supre a escassez da oferta de médicos na atenção primária à saúde a partir das seguintes medidas: 1) chamada de médicos para atuar em regiões mais necessitadas, onde há escassez e ausência desses profissionais; 2) oferta de cursos e formação dos médicos, com expansão de vagas de graduação de medicina e residência médica; 3) investimento em infraestrutura e equipamentos nas Unidades de Saúde.

O PMM foi instituído pela Medida Provisória n.621, de 08 de julho de 2013, e convertida em Lei n.12.871/2013, representando um pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)^{20,21}. Para atuação nos municípios, os médicos selecionados pelo Programa recebem uma bolsa de dez mil reais (R\$ 10.000) por mês, que é paga pelo Ministério da Saúde, ficando o município responsável pelo provimento de moradia, alimentação e transporte para a realização das atividades. O contrato com o médico é realizado por um período de três anos, podendo ser renovado uma vez, por igual período. As vagas do PMM podem ser preenchidas tanto por médicos formados em Universidades brasileiras ou com diploma revalidado no país, quanto médicos formados em instituições de Educação Superior estrangeira. É importante destacar que ocorre uma sequência de prioridades em relação à seleção dos médicos.

O presente trabalho tem por objetivo analisar de que forma o PMM vem sendo implementado nas áreas rurais de um município no estado do Pará, e as contribuições dos médicos nas equipes do PSF rurais para garantir atenção à saúde da população do município.

Percurso Metodológico

Realizou-se estudo de caráter qualitativo em um município no estado do Pará, a partir da realização de 42 entrevistas semiestruturadas com: 18 profissionais das equipes ESF, cinco gestores, quatro médicos do PMM, um representante do conselho municipal de saúde e 14 usuários. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Os roteiros de entrevistas utilizados para usuários, médicos, profissionais das ESF, gestores e conselheiro buscaram apreender as percepções dos diferentes atores sobre a implementação do PMM e suas contribuições para melhorias na atenção à saúde. Para tal, foram incluídas questões sobre: situação de saúde nas comunidades, principais problemas de saúde percebidos, oferta de serviços pelo município, avaliação sobre implantação do PMM, bem como mudanças percebidas após atuação dos médicos do programa.

No caso dos gestores, optou-se por realizarem-se entrevistas com profissionais envolvidos diretamente na coordenação das ações de atenção básica, como: coordenadores da atenção básica, secretário de saúde e assessores. Já os usuários, médicos e profissionais das ESF entrevistados foram identificados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde foram alocados os médicos do PMM. A escolha foi por conveniência, ou seja, os atores estavam na UBS e foram convidados a participarem da pesquisa. Para a escolha do representante do controle social, priorizou-se o presidente do conselho local de saúde. Destaca-se que as entrevistas foram conduzidas respeitando as normas éticas de sigilo e anonimato, e o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado por Comitê de Ética.

Em relação ao perfil dos profissionais entrevistados, destaca-se que foram entrevistados: nove Agentes Comunitários de Saúde, dois enfermeiros, dois dentistas, três técnicos de enfermagem e três auxiliares, sendo que a maioria (12) possui mais de seis anos de atuação no município. Dos quatro médicos do PMM entrevistados, três estavam atuando na equipe de ESF há mais de dois anos. No caso dos usuários, foram entrevistados três homens, todos trabalhadores rurais, sendo um deles aposentado. Das 11 mulheres usuárias, todas afirmaram terem sido trabalhadoras rurais, no entanto, somente três permanecem nesta atividade, cinco são donas de casa e três são vendedoras.

Adotou-se a técnica de análise de conteúdo, com foco nas etapas, empregada por Bardin²²: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Na execução das etapas de análise, utilizou-se, como ferramenta de apoio, o software Atlas-ti, procedendo, assim, à sistematização e categorização das informações e a análise à luz da literatura, com foco nas questões pertinentes ao estudo.

Resultados

O município em estudo foi criado na década de 1990 e localiza-se a cerca de duzentos quilômetros de Belém. Possui uma população pouco abaixo de trinta mil habitantes, que vivem, majoritariamente, na área rural (74%), segundo estimativa do IBGE de 2010. A principal atividade econômica é a agricultura. Mas, existem outras ocupações no Município, como a pesca e extração vegetal.

A rede de atenção primária à saúde neste município é constituída por nove PSF, sendo: três Estratégia Saúde da Família (ESF) e seis Estratégia Saúde da Família – Saúde Bucal (ESFSB), um Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) urbano e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Em relação à atuação do PMM, os quatro médicos do Programa atuam em ESFSB rurais.

Atuação do Programa Mais Médicos: mudanças e desafios na APS em áreas rurais no estado do Pará

O PMM foi implantado no município em 2013, com a alocação de quatro médicos de nacionalidade cubana. Foram designados para atuar em quatro UBS localizadas em áreas rurais para compor as

equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Três UBS fazem parte do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), sendo que duas unidades já foram inauguradas.

Os profissionais das UBS estudadas destacam o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de agravos, tais como: consultas, imunização, cadastro e acompanhamento de usuários portadores de doenças crônicas, pré-natal, crescimento e desenvolvimento, visitas domiciliares e, em menor frequência, atividades em grupo e educativas na UBS e, também, em outros espaços, por exemplo, escolas.

De acordo com alguns profissionais, antes do PMM, um dos principais desafios enfrentados era a continuidade da atenção aos usuários, sobretudo de pacientes com doenças crônicas. Na fala de profissionais e usuários, este problema foi reduzido com a atuação dos médicos do PMM, tanto pela atuação mais presente na UBS, reduzindo a rotatividade existente, quanto pelo maior estabelecimento de vínculo com os usuários:

“Eu acredito assim, que é um programa muito bom porque eles cumprem o horário mesmo, antes as pessoas vinham e davam viagem perdida porque não tinha médico ou vinha muito pouco, faltava”. (Profissional de Saúde, PSF 1)

“Antes eu vinha aqui, chegava e sempre falavam que o médico não tava. Agora depois que entrou a médica cubana, sempre tá aqui, já vim de manhã, já vim a tarde, aí já animo mais a frequentar aqui ne”? (Usuária, PSF 4)

Por um lado, a presença dos médicos aumenta a assiduidade dos usuários no serviço e o acompanhamento das enfermidades, garantindo um maior acesso à atenção à saúde. Vários usuários apontam a importância de ter atenção médica todos os dias na área rural, e destacam o tratamento diferenciado oferecido pelos médicos cubanos: “Ela atende bem, é bem atenciosa. Assim, nas primeiras vezes que eu vim consultar, eu ficava com vergonha porque ela olha pra gente, quer conversar, pergunta um monte de coisas. Mas agora eu já acho bom ela ser assim com todo mundo” (Usuária, PSF 3).

Por outro lado, esta realidade evidencia a permanência de um modelo onde a referência do cuidado está centrado na figura do médico. Verificou-se a necessidade de uma atuação mais intensa das equipes para garantir uma atenção qualificada. Os usuários apontaram diversas situações de atenção, por parte dos profissionais, que podem estar comprometendo o estabelecimento de vínculo, tais como: mudança frequente de enfermeiros e dentistas na área, falta de privacidade e sigilo nos atendimentos, acolhimento inadequado e desqualificação de alternativas terapêuticas adotadas com base em práticas culturais, como: automedicação, benzenção e medicação caseira.

O conhecimento da realidade dos usuários e das necessidades de sobrevivência pode auxiliar à compreensão das equipes sobre as características do público atendido, buscando formas de não culpabilização das estratégias utilizadas para o atendimento, ao mesmo tempo que facilita a criação do vínculo, necessário ao fortalecimento da perspectiva de promoção da saúde.

Neste sentido, destaca-se, também, que a criação de vínculo entre usuário e serviço depende, ainda, da confiança estabelecida com os profissionais, por isso, a postura no atendimento é crucial. O relato de alguns usuários sobre a falta de sigilo e privacidade no atendimento dificulta essa aproximação, sobretudo em momentos que exigem certa intimidade/cumplicidade, exemplo do exame preventivo de câncer do colo do útero, pela maior exposição das usuárias.

Desta forma, é importante oferecer um acolhimento voltado às necessidades de saúde dos usuários, considerando características importantes deste grupo, nem sempre consideradas pelas equipes: alta vulnerabilidade socioeconômica e situações de insegurança alimentar, baixa escolaridade, realização de atividades laborais vinculadas à agricultura de subsistência, exigindo esforço físico, o que pode explicar os problemas de coluna relatados por vários usuários; e a situação de moradia, sem rede de esgoto, saneamento básico e água tratada, o que pode ocasionar diversas enfermidades.

Outros três fatores interferem na procura e continuidade da utilização dos serviços pelos usuários: a acessibilidade geográfica, falhas na atenção relacionadas à falta de medicamentos e dificuldades na realização de exames e, por último, limitações da rede de atenção especializada. Em relação ao primeiro fator, verificou-se que grande parte dos usuários da UBS entrevistados mora distante tanto da UBS de referência quanto da sede do município. Portanto, a barreira geográfica, composta pela distância e, também, pela má qualidade das estradas é uma realidade da zona rural, agravada pelo fato de que o transporte coletivo não é frequente e que a condição financeira dos usuários, nem sempre, permite o deslocamento pago.

Por isso, os médicos entrevistados destacam que o conhecimento da realidade dos usuários motivou a adoção de estratégias que permitem, a partir da organização da agenda, contemplar as necessidades dos moradores mais distantes – o que reflete numa maior quantidade de atendimentos por demanda espontânea ou definição de dias específicos para atendimento de moradores de áreas mais isoladas, buscando associar aos dias de transporte público.

Em relação ao segundo fator, houve diversas queixas por parte dos usuários e profissionais nas entrevistas. Usuários e profissionais destacam que a falta de medicamentos é uma questão recorrente no município, e que nem todos os pacientes têm condições financeiras para adquirirem a medicação, deixando, assim, de realizar o tratamento adequado para o controle da enfermidade crônica apresentada e prevenção de possíveis complicações.

No que diz respeito à realização de exames, tanto profissionais quanto usuários afirmam que há falhas na prestação deste serviço. As usuárias grávidas, por exemplo, apontam que, muitas vezes, o município não tem vaga para marcar exames de rotina para acompanhamento do pré-natal, por isso, realizam os procedimentos em clínicas particulares. No entanto, os profissionais reconhecem que a realidade econômica das usuárias limita a utilização da assistência privada, deixando, portanto, de realizarem os exames em tempo hábil para avaliação do desenvolvimento da criança.

Por fim, a questão da limitada referência e contrarreferência também pode ser considerada um fator que contribui para reduzir a participação dos usuários nas ações dos PSF estudados. Muitas falas dos usuários destacam a dificuldade de agendamento de consulta com especialistas, e que, às vezes, a utilização da UBS se configura como uma passagem burocrática para acessar a rede especializada de serviços. Por isso, alguns usuários não compreendem o PSF como uma estratégia de promoção de saúde, revelando uma crença cultural de que a atenção especializada tem uma resposta mais efetiva às suas demandas de saúde.

“Na atenção básica, eu posso me esforçar em oferecer uma consulta de qualidade para o usuário, mas as vezes eu vou precisar de exames complementares e de direcionar a pessoa para um especialista, as vezes essa continuidade não acontece”. (Médico PMM)

Contudo, diversos usuários apontam uma alteração de compreensão a partir da atuação dos médicos do PMM, e a participação na UBS já não é motivada somente pela busca de encaminhamento, mas, também, para resolução de problemas, antes considerados da esfera da atenção especializada, não somente por desconhecimento das atribuições da APS, mas, também, devido à falta de médicos para comporem as equipes do PSF.

Percebeu-se uma convergência nos apontamentos dos entrevistados sobre os desafios para a melhoria da integralidade da atenção à saúde no município, abrangendo três grupos: 1) falta de estrutura (exames, medicamentos, transporte e rede de referência e contrarreferência); 2) falhas no estabelecimento de vínculo com os usuários de forma que a referência seja a equipe e não somente o médico, potencializando uma atenção integral; 3) necessidade de aperfeiçoamento de recursos humanos, para melhor atuação das equipes do PSF, abrangendo cumprimento de carga horária, redução da rotatividade e realização de mapeamento do território para que a atuação esteja voltada às necessidades dos usuários, compreendendo as especificidades das áreas rurais.

Em relação às percepções de mudanças ocorridas após atuação dos médicos do PMM, as falas dos entrevistados podem ser sistematizadas em três subgrupos. Um primeiro grupo destaca a existência de uma prática clínica diferenciada. Os entrevistados avaliam positivamente o programa a partir de

elementos como modo de acolhimento e qualidade da atenção. Para os usuários, os médicos cubanos são “mais humanos”, uma vez que, durante a realização das consultas, são atenciosos, dialogam e buscam estratégias para criação do vínculo.

No segundo subgrupo, estão as questões relacionadas à permanência do médico no PSF. Os entrevistados destacam que a permanência no serviço possibilita a continuidade do cuidado e o acompanhamento dos usuários por um período mais prolongado, o que possibilita o conhecimento das necessidades particulares do público atendido, buscando contemplar usuários que trabalham na agricultura pela manhã ou, então, que residem em áreas rurais muito distantes. Tais estratégias contribuem não só para a criação de vínculos, mas, também, para a realização de atividades de médio prazo que possam: auxiliar no processo de promoção de saúde e prevenção de agravos à saúde, aumentar a resolutividade das ações e reduzir a procura por serviços hospitalares.

Por fim, no terceiro subgrupo estão as respostas associadas à realização da atenção primária. Para vários entrevistados, apesar de o sistema de saúde local ainda possuir uma lógica assistencial medicalizada, a atuação dos médicos do PMM fortaleceu a perspectiva da atenção primária à saúde, a partir da realização de: atividades de educação em saúde, planejamento das ações junto com a equipe, e realização mais frequente de visitas domiciliares. Esse diferencial de cuidado tem possibilitado uma maior participação dos usuários nas atividades do PSF e, também, uma maior organização das demandas por atendimentos.

Quadro 1. Desafios do Programa Mais Médicos segundo a percepção dos atores-chave entrevistados. Pará, 2015

Desafios apontados em relação ao Programa	Gestores	Profissionais PSF	Médicos PMM	Representante do Conselho	Usuários
Redução de recursos do governo federal para equipes do PSF com médicos do PMM	X				
Dificuldades na comunicação com médicos/ compreensão da língua		X			X
Preconceito em relação à atuação de médicos cubanos			X	X	X
Sustentabilidade do Programa	X	X	X	X	X
Dificuldade de as equipes e gestores reconhecerem a importância do trabalho em rede com outras áreas			X		

Fonte: Dados coletados em campo

No que diz respeito aos desafios de implementação do PMM, destaca-se que a preocupação sobre a sustentabilidade do programa foi unânime entre os entrevistados. Apesar de os gestores reconhecerem a importância do PMM para aumentar a assistência e qualidade da atenção à saúde no município, não houve falas sobre intenção de renovação da adesão ao PMM. Uma das razões que podem explicar este fato é o destaque dado pelos gestores à perda de recursos financeiros ocasionados pelas equipes compostas por médicos do PMM. Já os usuários, além do desafio vinculado à sustentabilidade do PMM, destacam que, no início, apresentaram dificuldades para compreensão da “língua do médico”, mas que esta dificuldade foi reduzida com o tempo.

Os médicos do PMM destacam, como principal desafio, a dificuldade de compreensão e reconhecimento, de profissionais e gestores, do trabalho desenvolvido por eles na atenção básica. Os médicos acreditam que falta uma compreensão mais aprofundada, por parte do município, sobre o papel da atenção básica e sobre a importância do trabalho em rede, que deve ser realizado não só nos diferentes níveis assistenciais na saúde, mas também exige uma aproximação com profissionais de diferentes áreas que possam contribuir para a promoção da saúde.

Outra questão ressaltada pelos médicos é a influência que a polêmica gerada em torno do programa provoca na avaliação da atuação dos médicos e na confiança que a população tem no trabalho realizado. Admitem que, no cotidiano, enfrentam algumas dificuldades relacionadas ao preconceito e desconfiança em relação ao trabalho desenvolvido. Reconhecem, no entanto, que os profissionais, aos poucos, têm compreendido a perspectiva de saúde e estratégias de trabalho utilizadas com intuito de fortalecer a atenção primária municipal.

Discussão

A análise sobre a implementação do PMM em PSF rurais do estado do Pará sugere uma melhora na atenção primária à saúde nestas localidades. Essa melhora ocorreu tanto em relação ao aumento de consulta e melhorias na atenção à saúde quanto na ampliação do acesso aos serviços ofertados pela UBS a partir de estratégias mais equitativas adotadas no planejamento das ações realizadas.

Um dos desafios ressaltados pelos médicos do PMM está relacionado à concepção limitada de atenção primária e de promoção da saúde que impede uma articulação em rede no município. Ressalta-se que a defesa da concepção ampliada de saúde significa compreender que a promoção da saúde envolve atuação não só na política específica, mas articulação setorial com outras áreas que também têm efeitos sobre à saúde²³.

Outro desafio apontado pelos médicos do PMM diz respeito à resistência apresentada por alguns profissionais sobre a atuação de médicos cubanos. Realidade semelhante foi observada em experiências similares em outros países²⁴⁻²⁶. No entanto, estudos mostram as contribuições dos médicos cubanos para a melhoria dos serviços de saúde em países participantes da cooperação, inclusive, no Brasil²⁷⁻³¹. Além disso, a pesquisa identificou que grande parte dos usuários e profissionais entrevistados avaliaram satisfatoriamente tanto o programa quanto a atuação dos médicos.

A alocação de médicos em áreas rurais do município foi avaliada como muito importante, tendo em vista que tais áreas apresentavam ausências recorrentes e alta rotatividade destes profissionais nas equipes do PSF.

É importante acrescentar que o estudo realizado apresenta limitações referentes à definição da população usuária participante. A escolha dos usuários ocorreu nas unidades de saúde, o que, em alguma medida, pode ter influenciado na avaliação positiva da implementação do Programa e na satisfação com o atendimento dos médicos do PMM, uma vez que os entrevistados estavam utilizando o serviço de saúde. Apesar de explicitar tal limitação, destaca-se que o estudo apresenta resultados semelhantes a outras investigações sobre o PMM que mostram uma alta satisfação dos usuários e, também, de profissionais com a implementação do Programa^{29,31}.

Metade da população mundial vive em áreas rurais e remotas e enfrenta dificuldades para o acesso adequado e equitativo a cuidados de saúde³². No caso da população rural, a questão da escassez de profissionais para trabalhar nestas áreas, bem como as barreiras relacionadas à distância das unidades de saúde, que dificultam o acesso da população, são relatadas em diversos estudos^{24,33}. Por isso, geralmente, os médicos cubanos são alocados em áreas rurais, distantes e remotas, ou seja, locais onde há dificuldades para provisão de médicos³⁴.

Observou-se que a população estudada vivencia uma acentuada vulnerabilidade social e de saúde, pelas dificuldades financeiras e, também, pela inadequada condição higiênico-sanitária. Esta é uma realidade apontada por outros estudos que abordam as condições de habitantes em áreas rurais^{35,36}.

No que diz respeito à atenção à saúde, os resultados evidenciaram que ocorreram avanços na operacionalização das práticas de saúde e processos de trabalho. No entanto, um fortalecimento mais efetivo depende também de avanços na dimensão organizativa/gerencial, ou seja, reorganização das ações e serviços e estabelecimento de relações entre as unidades de prestação de serviços³⁷. A valorização da atenção básica depende de uma combinação de estratégias que passa pela organização tanto dos processos de trabalho, como, também, da organização dos níveis de complexidade para efetivar a continuidade da atenção.

Os resultados indicam que muitos usuários tendem a valorizar os serviços especializados, voltados para a utilização de tecnologia e consumo de medicamentos³⁷. No entanto, ainda que inicial, percebeu-se que a UBS tem deixado de ser uma etapa burocrática para acessar a atenção hospitalar. Os usuários afirmam que a permanência dos médicos estimula a procura pelos serviços ofertados pelo PSF e possibilita uma maior participação em ações de educação em saúde ofertadas.

Por outro lado, ressalta-se a necessidade de se reforçar a atuação em equipe, como preconizado pela atenção primária^{10,38}. Os resultados apontam que os médicos do PMM buscam reforçar o trabalho em equipe tanto no planejamento das atividades da UBS quanto na realização das visitas domiciliares e ações de educação em saúde, no entanto, permanece a procura dos usuários por consultas médicas individualizadas.

Uma das explicações para a permanência desta realidade é o limitado vínculo da equipe com os usuários, relatado em diversas entrevistas que apontam inadequações no acolhimento, resultantes de falta de diálogo com os usuários, e a quantidade insuficiente de ações de educação em saúde. Portanto, as equipes de saúde do PSF devem intensificar as ações de diagnóstico em saúde nos territórios, para o conhecimento das necessidades dos usuários.

Ressalta-se a necessidade de futuros estudos qualitativos sobre a atuação do PMM em áreas rurais com públicos específicos, tais como: quilombolas, indígenas e ribeirinhas. Além disso, seria importante a realização de investigações quantitativas com o intuito de ampliar o escopo amostral e a generalização dos resultados.

Considerações finais

A investigação aponta que o PMM tem contribuído para um maior acesso das populações rurais à atenção primária à saúde, ainda que limitações nos cuidados à saúde permaneçam, tais como: falhas na atenção relacionadas à falta de medicamentos, dificuldades na realização de exames e limitações da rede de atenção especializada.

Há evidências de que os médicos do PMM adotam uma prática profissional que busca atender as especificidades da população rural, a partir de algumas estratégias: expansão de ações de educação em saúde, planejamento das ações junto com a equipe e melhor organização da agenda, buscando contemplar necessidades de moradores que residem em áreas distantes e/ou isoladas, realização mais frequente de visitas domiciliares, maior continuidade da atenção à saúde, possibilitando uma criação de vínculo, principalmente de usuários com doenças crônicas, maior presença nos serviços de saúde, ocorrendo conseqüentemente uma redução da rotatividade. Por fim, outro diferencial do PMM, relatado tanto por usuários quanto por profissionais, é o tratamento diferenciado oferecido pelos médicos cubanos, que demonstra uma prática clínica que respeita a cultura dos moradores, evidenciada num maior diálogo e atenção às demandas e necessidades particulares do público rural atendido.

A questão central a ser problematizada pelos órgãos governamentais e também pelas instâncias de controle social nos municípios são as estratégias a serem adotadas para garantir a sustentabilidade dos avanços alcançados com o PMM, ou seja, faz-se necessário discutir políticas de cunho estrutural que fortaleça as ações governamentais de garantia de acesso com qualidade às ações de saúde pelos usuários das zonas rurais.

A redução das inequidades e o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde depende, sobretudo, da garantia do provimento de profissionais nas equipes dos PSF rurais. Depende, ainda, do desenvolvimento de estratégias que busquem enfrentar problemas recorrentes nos serviços de saúde na zona rural, como: as barreiras geográficas, a falta de medicamentos e de agendamentos de exames, as limitações da referência e contrarreferência e, especialmente, as fragilidades na rede de atenção.

Portanto, o fortalecimento da atenção primária à saúde nas zonas rurais estudadas e a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, dependem não só da atuação dos médicos do PMM, mas de: uma aglutinação de saberes profissionais das equipes, respeito às práticas tradicionais de cuidados à saúde, uma articulação efetiva entre os vários níveis de cuidado e, por fim, a promoção

de estratégias que contemplem necessidades específicas do público rural, garantindo a prestação dos cuidados à saúde a seus moradores.

Colaboradores

Lucélia Pereira: Concepção do artigo, coleta de dados, análise dos resultados e revisão final do texto. Leonor Pacheco: Discussão e análise dos resultados, tradução dos resumos e revisão do texto.

Referências

1. Dalmaso ASW. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? *Saude Debate*. 1994;(44):35-8.
2. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção. *Saude Debate*. 2002;26(60):37-61.
3. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS; Abrasco; 2001. p. 43-68.
4. Furtado LAC, Tanaka OY. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Rev. Saúde Pública*. 1998; 32(6):587-95.
5. Ferreira SC, organizador. *Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009.
6. Iturri JA. Acesso e integralidade da atenção. *Tempus*. 2014;8(1):85-90.
7. Sanchez RM, Cicoelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260-8.
8. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Pública*. 2004;20(2):190-8.
9. Cunha JPP, Cunha RRE. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: Campos FE, Oliveira Jr M, Tonon LM, organizadores. *Cadernos de saúde I. Planejamento e gestão em saúde*. Belo Horizonte (MG): Coopmed; 1998. p. 11-26.
10. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
11. Vieira EWR. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha. Jequitinhonha [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

12. Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J. The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Ser Res.* 2005;40(1):135-56.
13. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saude Publica.* 2007;23(10):2490-502.
14. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ.* 2010;88(5):379-85.
15. Silva, AS, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracoli LA. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48:122-8.
16. Pitilin EB, Lentsck MH. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2015; 49(5): 726-732.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
18. Almeida FM, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Cienc Saude Coletiva.* 2002;7(4):743-56.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
20. Lei no 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 22 Out 2013.
21. Medida Provisória no 621, de 8 de Julho de 2013. Institui o "Programa Mais Médicos" e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 9 Jul 2013.
22. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
23. Catrib AMF, Dias MSA, Frota MA, organizadoras. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família. Campinas(SP): Saberes; 2012.
24. Asante AD, Negin J, Hall J, Dewdney J, Zwi AB. Analysis of policy implications and challenges of the Cuban health assistance program related to human resources for health in the Pacific. *Hum Resour for Health.* 2012;10:1-10.
25. Henrique F, Da Ros MA, Goronzi T, Soares GB, Gama LA. Modelo de atenção primária à saúde na Venezuela, misión barrio adentro I: 2003-2006. *Trab Educ Saude.* 2014;12(2):305-26.
26. Villanueva T, de Albornoz SC. Venezuelan doctors resent presence of thousands of Cuban doctors in their country. *Br Med J.* 2008;336(7644):579.
27. Cuban Headlines. Cuban doctors inaugurated new health services in Tuvalu a small Pacific island [Internet]. Valencia; 2010 [acesso 8 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.cubaheadlines.com>
28. Fawthrop T. Impoverished Cuba sends doctors around the globe to help the poor. *Sydney: The Sydney Morning Herald;* 2006.
29. Tribunal de Contas da União (BR). Auditoria operacional: Programa Mais Médicos. Projeto Mais Médicos para o Brasil. Avaliação da eficácia do programa. Brasília:TCU; 2014 (TC no 005.391/2014-8).
30. Molina J, Fortunato MA, Suárez J, Oliveira G, Cannon, LRC. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Divulg Saude Debate.* 2014;(52):190-201.

31. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. *Rev ABPN*. 2015;7(16):28-51.
32. Rourke J. WHO Recommendations to improve retention of rural and remote health workers - important for all countries. *Rural Remote Health*. 2010;10(4):1654.
33. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):975-86.
34. Werlau, Maria C. Cuba-Venezuela health diplomacy: the politics of humanitarianism. In: *Papers and Proceedings of the 20th Annual Conference of the Association for the Study of the Cuban Economy*; 2010; Miami, Florida. *Cuba in Transition: Volume 20*. Florida; 2010. [citado 10 Fev 2016]. Disponível em: <http://www.ascecuba.org/c/wp-content/uploads/2014/09/v20-werlau.pdf>
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Banco de Dados Agregados (PNAD), 2011 [Internet]. 2011 [acesso 20 Jan 2016]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/pnad/pnadpb.asp?o=3&i=P>
36. Costa CC, Guilhoto JJM. Saneamento rural no Brasil: impacto da fossa séptica biodigestor. *Eng Sanit Ambient*. 2014;19(no esp):51-60.
37. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde. Promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba; 2006.
38. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

Pereira LL, Pacheco L. El desafío del Programa Más Médicos para la provisión y garantía de la atención integral de la salud en áreas rurales en la región amazónica, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1181-92.

El objetivo de la encuesta fue evaluar cómo se ha implementado el Programa Más Médicos en áreas rurales y la contribución de la provisión de médicos para asegurar atención integral de la salud. Se realizó un estudio en un municipio predominantemente rural en el estado de Pará, por medio de 42 entrevistas con profesionales, gestores de salud, consejeros y usuarios y las mismas pasaron por análisis de contenido. Los resultados sugieren mejoras en la atención primaria de la salud, como aumento de consultas y ampliación de acceso a los servicios de atención básica ofrecidos, atribuidas a la presencia del médico y a las estrategias más equitativas adoptadas. No obstante, todavía persisten desafíos que hay que enfrentar para asegurar la atención integral de la salud en las zonas rurales y también el mantenimiento del Programa y la superación de problemas recurrentes, tales como falta de medicamentos y exámenes, limitaciones en el retorno de los pacientes referidos a otros servicios y fragilidad en la red de atención de la salud.

Palabras clave: Médicos de atención primaria. Áreas rurales. Salud.

Submetido em 13/03/15. Aprovado em 05/07/15.

A abordagem equitativa de gênero como uma estratégia de gestão para fixação de médicos em áreas vulneráveis

Maria Regina Martinez^(a)

Martinez MR. A gender equity approach as a management strategy for the settlement of physicians in vulnerable areas. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1193-204.

Although several government programs have contributed to significantly increasing the number of physicians in Brazil, remote and vulnerable areas that are difficult to access continue to lack a minimum number of professionals, and this hampers access to health care services and the population's health indicators. Government strategies, such as special financial incentives, have been able to attract physicians to these remote areas with special needs; however, the settlement of these professionals has not been effective. In view of the trend toward the feminization of Medicine and the increasing family and economic influence of women in decision-making in current society, this theoretical essay suggests the use of contemporary approaches aimed at gender equity in health services in order to favor the settlement of medical professionals in regions most in need.

Keywords: Physicians. Health services. Working women. Health management. Poor areas.

Embora diversos programas governamentais tenham contribuído para aumentar expressivamente o número de médicos no Brasil, áreas distantes, vulneráveis e de difícil acesso continuam carentes de um quantitativo mínimo de profissionais, prejudicando o acesso à assistência e os indicadores de saúde da população. Estratégias governamentais, como incentivos financeiros especiais, têm conseguido atrair profissionais médicos para essas áreas remotas e com necessidades especiais; no entanto, a fixação desses profissionais não tem sido efetiva. Considerando a tendência de feminização da Medicina e a crescente influência familiar e econômica das mulheres nos processos decisórios da sociedade atual, neste ensaio teórico, propõe-se a utilização de abordagens contemporâneas direcionadas à equidade de gênero nos serviços de saúde para favorecer a fixação de profissionais médicos em regiões mais necessitadas.

Palavras-chave: Médicos. Serviços de saúde. Trabalho feminino. Gestão em saúde. Áreas pobres.

^(a) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas. Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro. Alfenas, MG, Brasil. 37130-001. maria.martinez@unifal-mg.edu.br

Introdução

A despeito do aumento linear e constante do número de profissionais médicos no Brasil, o oferecimento de serviços de saúde resolutivos e de qualidade a regiões do País com necessidades especiais, remotas e pobres ainda é um desafio. Essa não é uma prerrogativa brasileira, desde que vários países sofrem com a distribuição irregular de profissionais de saúde, especialmente médicos, o que vem se tornando um problema grave, persistente, que resiste às mais variadas estratégias de enfrentamento^{1,2}.

O número de profissionais de saúde por habitante mede a disponibilidade de profissionais por categorias selecionadas, segundo a sua localização demográfica. Quando há escassez de médicos ou má distribuição regional, ocorre um aumento da população não assistida e um consequente impacto negativo nos indicadores básicos de saúde³.

A taxa de crescimento do número de médicos no Brasil é, aproximadamente, duas vezes superior à da população. A razão do número de médicos por 1.000 habitantes passou de 1,15 em 1980, para 2,11, em 2015. O efetivo médico chegou a 364.757 em 2010, crescimento de 24,95%, contra um aumento populacional de 12,48% no período compreendido entre 2000 e 2010. Esse resultado está relacionado, principalmente, à abertura de novas escolas médicas e à consequente expansão de vagas de graduação em Medicina⁴.

Criado em 2013 e consolidado legalmente por meio da lei 12.871, o Programa Mais Médicos (PMM) foi pensado como parte de uma série de medidas para combater as desigualdades de acesso à atenção básica resolutiva.

O PMM foi estruturado em três eixos de ação: (1) investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, com foco na atenção básica; (2) ampliação e reformas na educação médica, o que colaborou para o aumento do número de cursos de graduação em Medicina e estabeleceu novos parâmetros para a formação profissional, privilegiando a integração ensino-serviço e a atuação assistencial na Atenção Básica a partir da articulação das ações de ensino, pesquisa e extensão, além de aumentar o número de programas de residência médica no País; e (3) provisão emergencial de médicos para áreas vulneráveis, carentes e de difícil fixação de profissionais^{5,6}.

No entanto, esse aumento do número de médicos no País não assegura uma melhoria homogênea dos indicadores de saúde, desde que muitas regiões, especialmente aquelas mais desfavorecidas, continuam carecendo de profissionais. Em 2014, apesar de uma razão nacional de 2,09 médicos por 1.000 habitantes, constatam-se desigualdades na distribuição geográfica desses profissionais: as regiões Norte (1,09 médico por 1.000 habitantes) e Nordeste (razão de 1,3) estão abaixo da razão nacional; por outro lado, a região Sudeste conta com o maior número de médicos por 1.000 habitantes: 2,75, acima da região Sul, com 2,18; e da Centro-Oeste, com 2,20⁴.

Considerando a problemática da fixação de médicos em áreas remotas e de difícil acesso, o presente ensaio teórico possui como objetivo central debater sobre estratégias de gestão em saúde capazes de atrair e reter profissionais médicos para áreas mais vulneráveis do País. Para tanto, fundamenta-se em uma abordagem contemporânea de equidade de gênero, capaz de utilizar como uma oportunidade para a gestão dos serviços de saúde o crescente número de mulheres no mercado de trabalho com formação médica.

O percurso metodológico utilizado foi associar a evolução contemporânea da demografia médica brasileira e seu impacto nos indicadores de saúde, utilizando-se para isso a análise de dados secundários relacionados a indicadores de saúde disponíveis para acesso público; descrever a inserção da mulher no mercado de trabalho brasileiro e seu impacto nas decisões de vida das famílias; e, finalmente, desenvolver, com base em estratégias voltadas à equidade de gênero no mercado de trabalho, propostas para retenção de profissionais médicos, principalmente mulheres, em áreas remotas e desfavorecidas.

Distribuição geográfica dos profissionais médicos e indicadores básicos de saúde

A expectativa de vida ao nascer e a mortalidade infantil são consideradas medidas indiretas da efetividade de um sistema de saúde³. A mortalidade infantil é um indicador utilizado internacionalmente para avaliar o nível de saúde de uma população, estimando o risco de morte dos nascidos vivos durante seu primeiro ano de vida. Representa o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, em um determinado ano⁷. É um indicador de saúde que contribui para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e para o parto, assim como para a proteção da saúde infantil.

As regiões de maior escassez de profissionais médicos são aquelas em que há uma elevada mortalidade infantil², refletindo parâmetros de acesso e qualidade dos recursos disponíveis para a atenção à saúde materna e da população infantil⁷ (Figura 1).

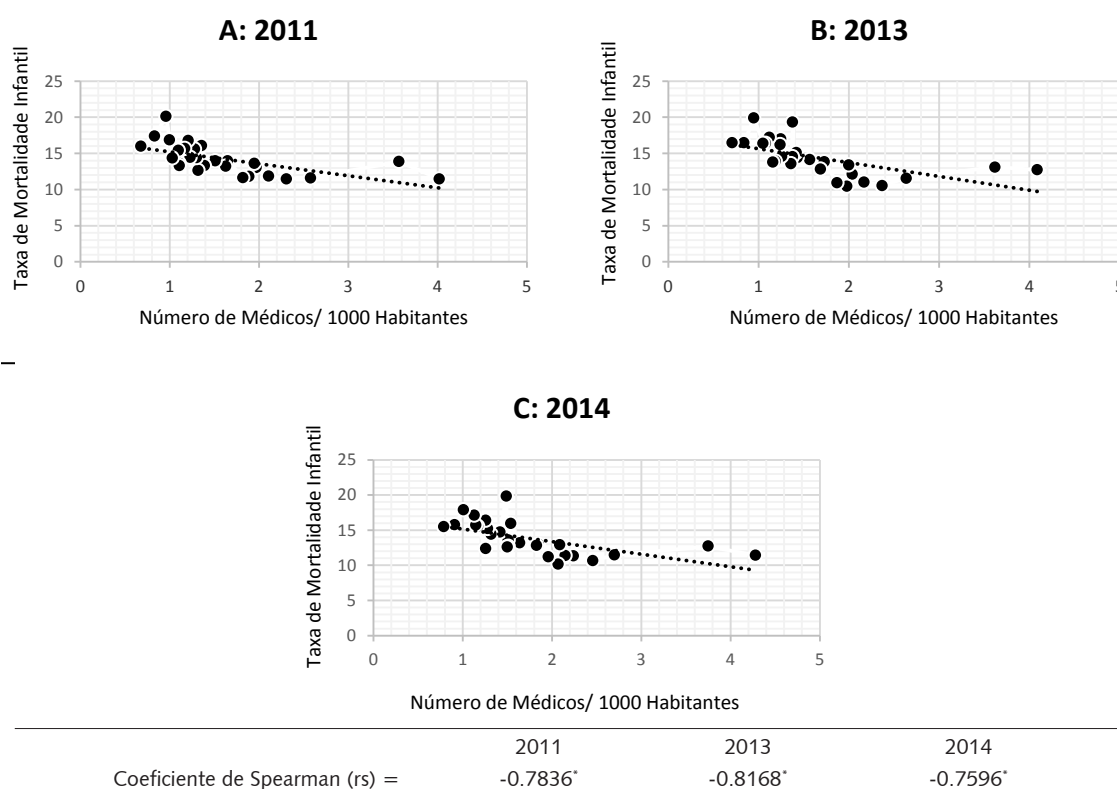


Figura 1. Correlação entre a Taxa de mortalidade infantil e Número de médicos/1.000 habitantes por unidade da Federação do Brasil nos anos de 2011 (A), 2013 (B) e 2014 (C).

*P<0,0001. Fonte: Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2011, 2013 e 2015; TabNet/DataSus.

Os estados que abrigam maior número de médicos a cada 1.000 habitantes são Distrito Federal, Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito Santo, enquanto o menor número de médicos do país, com 0,79 e 1,64 médicos por 1.000 moradores em 2014, é encontrado, respectivamente, nos estados do Maranhão e Pernambuco, resultando em uma taxa de mortalidade infantil acima da média brasileira (Figura 2).

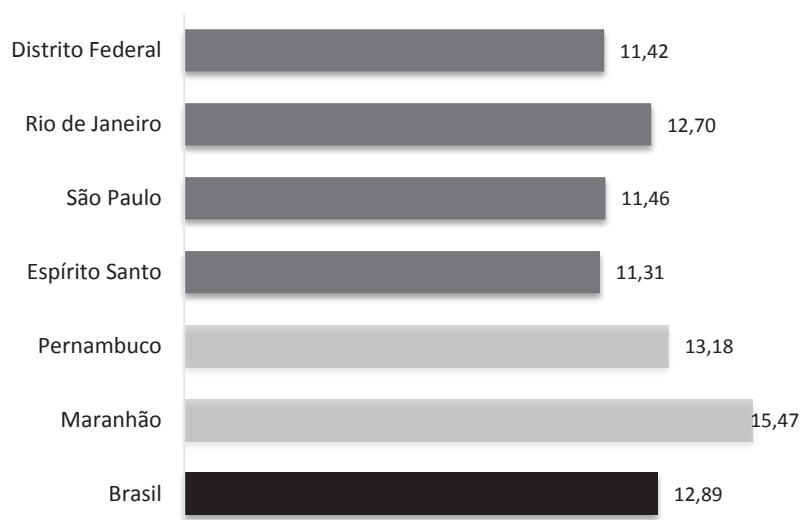


Figura 2. Taxa de mortalidade infantil nas unidades de Federação do Brasil com maior e menor número de médicos por 1.000 habitantes no ano de 2014.

Fonte: TabNet/DataSus.

Embora muitos médicos, principalmente os recém-formados, optem por iniciar sua inserção no mercado de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF), nem todos têm intenção em constituir carreira na especialidade ou desejam se fixar em regiões remotas ou com necessidades especiais. Majoritariamente, os médicos ocupam espaços de decisão e mantêm certa independência no que diz respeito ao seu trabalho, sendo poucos aqueles que dependem unicamente do salário oferecido pela ESF⁸, tendo mais liberdade para redirecionar suas escolhas profissionais a partir do cenário socioeconômico da sua profissão.

No entanto, egressos de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade tendem a trabalhar na assistência de saúde junto com equipes de ESF, o que fortalece a Atenção Básica e tende a melhorar os indicadores de saúde da população⁹.

Por outro lado, embora altos salários sejam atrativos para os médicos migrarem para regiões remotas, sua fixação depende de condições mínimas de desenvolvimento econômico e sociocultural, condições materiais de trabalho e capacitação na área de atuação^{2,10}.

Atração e fixação de profissionais em áreas pobres e remotas

Uma estratégia para a atração e fixação de profissionais para áreas remotas e com necessidades especiais é a focalização de esforços para atender desejos relacionados ao gênero feminino, pois a decisão de fixação da residência de uma família depende muito do posicionamento das mulheres.

Em geral, grande parte das decisões de vida de uma família depende da figura feminina. Essa inferência é possível a partir da análise de dados sociodemográficos, financeiros e associados ao consumo de bens e produtos ao redor do mundo:

As mulheres (*women*) são uma das três forças emergentes que moldam o século XXI, ao lado do aquecimento global (*weather*) e da internet (*web*). Nós as chamamos de 3 Ws: Clima/*Weather* – a aceitação geral da necessidade de sustentabilidade ambiental que está mudando a forma como pensamos sobre o planeta e nossa relação com ele; Mulheres/*Women* – a grande contribuição que as mulheres podem fazer para o crescimento econômico e a liderança futura; Internet/*Web* – a extraordinária transformação do modo como vivemos, trabalhamos e nos comunicamos através da nova tecnologia.¹¹ (Posição 318 de 2783)

As mulheres contribuem com 40% do Produto Interno Bruto (PIB) do mundo desenvolvido, sendo que as mulheres fazem 83% de todas as compras de consumo, incluindo 91% de casas novas, 94% de móveis e decoração, 60% dos carros novos, 80% dos planos de saúde e 89% das novas contas bancárias¹¹.

Embora somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988 tenham sido criadas condições no Brasil que assegurassem os direitos das mulheres, atualmente elas têm consciência do seu potencial e têm demonstrado o seu grande valor como cidadãs, mães e trabalhadoras, influenciando todo o desenvolvimento social e econômico do País¹².

O fenômeno de feminização da Medicina

Um dado interessante é o aumento do número de mulheres na profissão médica, principalmente entre os profissionais mais jovens. Entre os médicos com 29 anos ou menos, as mulheres já são maioria, com 56,2% contra 43,8% dos homens. Entre os novos registros médicos, a entrada masculina é maior até 2010. Em 2011, 52,6% dos novos registros nos Conselhos Regionais de Medicina foram de mulheres e 47,4% de homens. A feminização da profissão tem sido sempre crescente, totalizando, em 2014, 54,8% de novos registros femininos, contra 45,2% masculinos⁴.

A participação da mulher no mercado de trabalho brasileiro segue a tendência mundial, crescendo de forma significativa e constante desde a década de 1970. No entanto, como na maioria dos países, há uma desigualdade relacionada ao gênero nas organizações¹¹. Destacam-se a discriminação salarial, a segregação ocupacional e a dificuldade de ascensão profissional das mulheres^{13,14}.

A participação feminina no mercado de trabalho no mundo todo ainda é menor do que a participação masculina, sendo que mais mulheres do que homens desenvolvem atividades de trabalho sem remuneração ou no mercado informal. Adicionalmente, no Brasil, a remuneração feminina é menor do que a masculina e essa diferença se acentua entre os profissionais com ensino universitário¹⁴.

Na Medicina, como em outras profissões, embora as mulheres mantenham o mesmo número de vínculos empregatícios e um número de horas trabalhadas equivalentes aos homens, tendem a receber remunerações menores¹⁵.

Em países desenvolvidos, como o Reino Unido, 70% das mulheres com formação em Ciências, Engenharia e Tecnologia não estão trabalhando nessas atividades. Ademais, as mulheres praticamente não ocupam cargos de liderança ou responsabilidade gerencial, tanto nas organizações privadas quanto nas públicas¹¹.

Nos países industrializados, os homens gastam, em média, 66% do seu tempo em atividades remuneradas e 34% em não remuneradas, e nos países em desenvolvimento a relação é de 74% para 24%. Para as mulheres, em ambos os tipos de países, a relação praticamente se inverte: elas gastam 34% do tempo em atividades remuneradas e 66% em não remuneradas; entre estas, encontram-se os afazeres domésticos. Atividades relacionadas ao cuidado dos filhos são aquelas que mais consomem o tempo disponível das mulheres, sendo que quanto mais novos, maior é o número de horas dessa dedicação¹⁶.

Embora seja desejável que haja uma maior participação dos pais no cuidado despendido aos filhos, a divisão sexual do trabalho doméstico continua sendo dominada pelo padrão tradicional, no qual a clássica divisão de papéis é bastante enraizada e as mães respondem pela maior parte das atividades relacionadas a higiene, alimentação, cuidados de saúde, acompanhamento da escolarização e até brincadeiras com as crianças¹⁶.

Dados demonstram que mais da metade das brasileiras possuem qualificação para o exercício profissional, mas ainda enfrentam desafios de colocação no mercado devido ao seu desejo de formar uma família¹².

Essas diferenças de gênero tornam os empregos de meio período predominantemente femininos, sendo uma solução que as mulheres encontram para equilibrar as responsabilidades familiares com as atividades de trabalho¹⁴.

As mulheres cujos filhos frequentam creche ou pré-escola possuem maiores níveis de rendimentos e uma jornada de trabalho maior, favorecendo sua permanência no mercado de trabalho e a produtividade relacionada ao gênero¹⁶. Dados demonstram, também, que uma educação infantil de qualidade com início precoce é capaz de melhorar o desenvolvimento social e econômico de um país¹⁷. Portanto, políticas públicas que garantam a inserção das crianças, desde a mais tenra idade, em instituições de cuidados e escolarização diários, promovem um círculo virtuoso de produtividade e desenvolvimento social.

Adicionalmente, as mulheres são mais propensas a investir grande parte de seus ganhos salariais na educação dos seus filhos; portanto, melhores oportunidades de trabalho direcionadas ao público feminino contribuem para o aumento da escolarização com consequente aumento do desenvolvimento da economia do país e redução da pobreza¹⁴.

Entre os profissionais de nível superior que atuam nas equipes de saúde da família, predomina o gênero feminino e, entre os médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, vigésima especialidade com mais profissionais no País, destacam-se as mulheres, representando um percentual de 56,5% contra um percentual masculino de 43,5%^{4,18}. Esses profissionais são essenciais para o fortalecimento da atenção básica dos municípios e consequente melhoria dos indicadores de saúde da população.

A rotatividade de médicos nos serviços de atenção básica prejudica o vínculo desses profissionais com a comunidade, impactando diretamente na significação do trabalho da equipe e nos indicadores de saúde dos municípios¹⁹.

Há correlação entre a capacitação e a rotatividade de médicos em Programas de Saúde da Família, sendo que, quanto mais os profissionais se sentem capacitados para exercer suas atividades, menor a rotatividade¹⁰.

Os primeiros programas de residência em Medicina Geral e Comunitária tiveram início em 1976. Impulsionada pela Estratégia Saúde da Família, em 2002, a especialidade passou a ser denominada Medicina de Família e Comunidade e o número de programas de residência se expandiu. Mesmo com uma oferta limitada de cursos quando comparada a outras especialidades médicas, os programas de Medicina de Família e Comunidade encontram dificuldade para preencher a totalidade das suas vagas. Uma das justificativas para a existência de tantas vagas ociosas seria o fato de não ser necessária uma formação específica para atuar na especialidade, principalmente na ESF²⁰.

É comum que esses médicos encontrem como fatores desmotivadores para se manterem na área de Medicina de Família problemas relacionados à insuficiência da composição básica das equipes; insuficiência de profissionais com o perfil proposto pelo programa; várias modalidades de contrato de trabalho; insuficiência em sua formação para atendimento na atenção básica; heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, estando algumas inadequadas e em situação precária; sobrecarga de atendimentos; dificuldade em conciliar a vida profissional com seus interesses pessoais e familiares; comprometimento do fluxo e contrafluxo dos usuários e informações entre os diferentes níveis do sistema; problemas de fidedignidade no preenchimento do Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab); diferentes estilos de gestão das equipes, configurando relações ora integradoras, ora conflituosas; expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais; e conflitos na relação entre a ESF e a população, quando as equipes não conseguem atender à demanda^{8,19}.

Considerando a importância da especialização em Medicina de Família e Comunidade para o fortalecimento da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS) e a preferência feminina por essa especialização, o desenvolvimento de políticas públicas e organizacionais direcionadas para a fixação de profissionais médicos do gênero feminino em áreas pobres, remotas e com necessidades especiais torna-se estratégico.

Políticas para equidade de gênero como uma oportunidade de gestão para fixação de médicos

A expressão “relações de gênero”, como utilizada no campo das Ciências Sociais, aponta para a ordem cultural como modeladora de mulheres e homens. Portanto, o que se chama de “homem” e “mulher” não é somente um produto da sexualidade biológica, mas sim de relações sociais baseadas em distintas estruturas de poder²¹.

O tema “gênero” é abordado no contexto dos dilemas enfrentados pelas teorias contemporâneas de justiça, possuindo uma dimensão político-econômica em que há, por um lado, a divisão entre trabalho produtivo pago e trabalho reprodutivo e doméstico não pago e, por outro, a divisão dentro do trabalho pago entre ocupações mais bem remuneradas e profissionalizadas, dominadas pelos homens, e ocupações mal remuneradas e menos especializadas, dominadas pelas mulheres²².

É importante que se desinstitucionalizem padrões de valoração cultural que impedem a paridade de participação social entre homens e mulheres, substituindo-os por padrões que a promovam. Nesse sentido, surgem as políticas de reconhecimento e equidade de gênero no trabalho, tornando a mulher uma parceira integral na vida social, capaz de interagir com os outros como um par²³.

A premissa deste estudo é a de que a utilização de estratégias de gestão comprometidas com uma abordagem equitativa de gêneros pode ser capaz de aumentar a fixação de profissionais médicos, sejam eles homens ou mulheres, em regiões vulneráveis, melhorando seus indicadores básicos de saúde.

Usualmente, a maternidade é o primeiro dilema visível no plano de carreira das mulheres, principalmente na fase em que a profissional se encontra no auge da sua produtividade, entre trinta e quarenta anos de idade¹¹. Embora seja incomum que médicas abandonem suas carreiras para cuidar dos seus filhos, é esperado que busquem condições de trabalho mais compatíveis com sua nova situação de vida, o que implica em locais que ofereçam recursos para o desenvolvimento acadêmico, cultural e social da sua família.

Profissionais que tiveram a oportunidade de estudar vários anos da sua vida frequentemente buscam oferecer a mesma oportunidade para os seus filhos; portanto, não há possibilidades de retenção de médicos em áreas remotas que não ofereçam subsídios para a educação de qualidade dos seus filhos.

Mulheres mais jovens têm se programado para trabalhar em jornadas que garantam maior flexibilidade, permitindo que se equilibre a carreira com as demandas familiares. Portanto, a falta de flexibilidade na jornada de trabalho das unidades de ESF conduz as médicas a buscarem outras oportunidades como profissionais liberais em que possam exercer maior autonomia sobre o tempo disponível para a sua família.

As abordagens tradicionais de gênero, embora apresentassem o objetivo louvável de favorecer a inserção e manutenção das mulheres no mercado de trabalho, não se mostraram eficazes. Os sistemas legalistas que garantem igualdade de oportunidade, tratamento igual e igualdade salarial não são suficientes e acabam por retratar as mulheres como vítimas, os homens como opressores e as organizações como “a cena do crime”^{11,24}.

As abordagens equitativas de gênero, mais contemporâneas, voltadas para o reconhecimento e a equidade de gênero nas organizações, não desconhecem que as diferenças de constituição biopsicossocial entre homens e mulheres existem e devem ser consideradas. No entanto, afirmam que as mulheres não devem ser tratadas como minoria, pois representam metade da população, sendo que a maioria tem diploma universitário e detém a maior parte das decisões de compra¹¹.

Compreender e valorizar as diferenças de gênero torna possível a sua gestão, assegurando a permanência e a produtividade de homens e mulheres no trabalho. Há diferenças no estilo de comunicação, ritmo biológico, hormônios, funcionamento do cérebro e preferências de estilo de vida. Por exemplo, o estilo de liderança feminino pode ser bastante diferente do masculino e, quando é muito similar, tende a ser encarado como assertivo quando exercido por homens e rude quando são as mulheres ocupando os cargos de chefia¹¹.

Em suma, o que agrega valor no trabalho, tanto de homens quanto de mulheres, são suas diferenças que, uma vez reconhecidas e não suprimidas, incrementam o patrimônio humano das organizações.

Abordagem equitativa de gênero para fixação de médicos em áreas vulneráveis e com necessidades especiais

Estratégias governamentais e organizacionais voltadas para a atração e fixação de profissionais do gênero feminino, além de reter as mulheres talentosas e produtivas, beneficiam enormemente os homens da equipe de trabalho, aumentando a produtividade e a satisfação relacionada ao trabalho de todos os trabalhadores.

Nessa perspectiva, as ações para aumentar a atração e fixação de profissionais médicos em áreas pobres e remotas passam pelo manejo das políticas públicas e organizacionais no sentido de compreender e valorizar as necessidades interpessoais dos profissionais do gênero feminino.

A maior parte das mulheres não separa sua vida em esferas pessoal e profissional; muito pelo contrário: costuma misturar tudo e busca conhecer a subjetividade carregada por cada profissional com quem convive²⁵. Nesse sentido, propiciar espaços e momentos de convivência mais informais da equipe durante o horário de trabalho atrai e retém o gênero feminino, favorecendo o clima organizacional como um todo.

Um clima organizacional favorável propicia uma alta retenção de talentos, alta produtividade, baixa rotatividade, maior adaptação às mudanças, alta dedicação, maior aproveitamento dos treinamentos e raros adoecimentos psicossomáticos²⁶.

Os homens tendem a ser mais agressivos e competitivos, expressando claramente seus desejos de desenvolvimento na carreira e necessidades de ascensão profissional. No entanto, as mulheres sentem uma certa aversão à agressividade e competitividade tipicamente masculinas, retraindo-se e não se deixando ver em todo o seu potencial e competência. Gestores sensíveis para perceber as necessidades e potencialidades não manifestas da sua equipe são importantes para identificar os talentos escondidos e desenvolver as competências individuais.

As mulheres tendem a ser responsáveis com suas atividades de trabalho, mas sentem dificuldades em desempenhá-las adequadamente quando percebem sua família ameaçada, principalmente seus filhos. Nesse sentido, horários flexíveis de trabalho que permitam o equilíbrio entre suas responsabilidades profissionais e de mãe e esposa, programas de absorção no mercado de trabalho local para os seus cônjuges e garantia de cuidados e progresso acadêmico para os seus filhos são pontos fundamentais para a sua fixação no emprego e produtividade²⁵.

Embora o acesso à educação, ao trabalho, à cultura e ao lazer de qualidade sejam direitos garantidos constitucionalmente, há grandes disparidades regionais no nosso país que colocam em questão em qual escala esses direitos são contemplados quantitativa e qualitativamente.

A despeito dessas desigualdades, o fato é que a classe médica do nosso país é composta por uma elite social com acesso a salários muito acima da média nacional, tanto no sistema público quanto no privado, em todo o território.

Sua alta remuneração permite que acessem o melhor que há de serviços e infraestrutura disponíveis em uma região. Portanto, como apontado por outros autores^{6,27}, os incrementos financeiros propostos pelo PMM são insuficientes, pois, além de ser uma política com custo elevado, estimula a permanência provisória e não fixa médicos em médio e longo prazo em regiões com poucas alternativas de qualidade de vida.

O acesso ao ensino médico no Brasil é (e talvez será por muito tempo ainda) elitizado²⁸ e a profissão médica continua ideologicamente voltada para altos rendimentos pessoais associados a um elevado padrão de vida²⁷. Portanto, regiões que não assegurem condições adequadas (e, por vezes, diferenciadas) de trabalho e estudo para o profissional médico e sua família não conseguirão reter esses profissionais por muito tempo.

A organização do trabalho é fonte de prazer e sofrimento para os trabalhadores^{29,30}. Programas voltados para o reconhecimento da qualidade e da importância do trabalho desenvolvido e ações que promovam o aumento do vínculo do médico com a comunidade tendem a aumentar a identificação do profissional com seu trabalho e o serviço de saúde do qual faz parte^{19,31}, favorecendo sua fixação no emprego e no município.

Trabalhar, além de possibilitar o sustento, é fonte de autorrealização. A partir dos desafios impostos pelo trabalho, desenvolve-se uma busca constante de novos aprendizados e um desenvolvimento de novas habilidades, o que impulsiona o alcance de fatores relacionados à autoestima.

O investimento em treinamento e desenvolvimento dos trabalhadores é um elemento essencial para manter a sua motivação. No que se refere à atenção básica, a parceria entre serviços e esferas governamentais para compartilhar o ônus relacionado ao treinamento especializado dos profissionais de saúde é fundamental e consiste em um investimento com retorno garantido, desde que, mesmo que o profissional que foi qualificado deixe o serviço, exista uma tendência dos trabalhadores que atuam em serviços públicos de saúde de se manterem na área, mesmo trocando de instituições ou municípios^{25,32}.

As vagas de residência em Medicina da Família e Comunidade, bem como de todas as outras especialidades médicas, estão concentradas principalmente na região sudeste do país³³. Embora o PMM estimule a abertura de novas vagas nos cursos de medicina recém-implantados, esforços governamentais e locais ainda são necessários para que essa expansão se consolide, limitando o acesso dos profissionais que trabalham em ESFs, principalmente em áreas remotas e de difícil acesso. Nesse sentido, os municípios devem procurar promover uma política voltada a incentivos direcionados aos profissionais que propõem investir seu tempo e recursos em cursos de residência e especialização em Saúde da Família, oferecendo auxílios financeiros para o seu deslocamento e estadia, quando necessário, e possibilidade de redução ou flexibilização da sua jornada de trabalho em benefício do seu tempo dedicado aos estudos, o que restringe sua disponibilidade para a família.

O reconhecimento entre gestores e trabalhadores da equipe das necessidades de saúde específicas da mulher e uma atenção direcionada às morbidades que acometem mais o sexo feminino aumentam a satisfação no trabalho e reduzem o absenteísmo e a rotatividade profissional³⁴.

Condições inadequadas de trabalho associadas a cargas horárias excessivas e má remuneração não favorecem a fixação do profissional médico²⁷, principalmente em regiões com indicadores sociais abaixo da média brasileira, onde as possibilidades de investimento na própria carreira são limitadas.

A seguir são sumarizadas algumas estratégias que podem ser desenvolvidas pelos governantes municipais e gestores de serviços de saúde para aumentar a fixação de profissionais médicos em áreas remotas e com necessidades especiais, utilizando como oportunidade as premissas de uma abordagem equitativa de gênero (Quadro 1).

Quadro 1. Sumário das estratégias governamentais e organizacionais para fixação de médicos em áreas remotas ou com necessidades especiais com base na abordagem contemporânea de gênero

Estratégias governamentais	Estratégias organizacionais
Contratos de trabalho em tempo parcial que permitam aos trabalhadores equilibrar demandas familiares e atividades profissionais.	Manutenção de clima organizacional favorável ao gênero feminino.
Programas municipais que potencializem a absorção de mão de obra de trabalho não médica, favorecendo a empregabilidade dos cônjuges dos profissionais médicos.	Desenvolvimento de políticas internas de valorização da família com flexibilidade de horários para trabalhadoras que tenham filhos em idade pré-escolar e escolar.
Disponibilidade de vagas em creches ou escolas infantis públicas de qualidade.	Desenvolvimento de programas de saúde do trabalhador com foco no gênero feminino.
Incentivo à inserção de profissionais, que já trabalham em ESFs, em cursos de residência ou especialização em Saúde da Família, partilhando o ônus desse investimento de carreira com os municípios, seja oferecendo auxílios financeiros, seja ampliando a flexibilidade do horário de trabalho.	Elaboração e implementação de planos de educação permanente em saúde voltados para o desenvolvimento das habilidades associadas ao gênero feminino.
Disponibilidade de escolas públicas de ensino fundamental e médio de qualidade ou estabelecimento de parcerias com municípios adjacentes que possam absorver estudantes filhos de médicos.	Treinamentos voltados para o desenvolvimento de habilidades gerenciais nas profissionais do gênero feminino, possibilitando que ocupem cargos de liderança nos serviços de saúde.
Políticas municipais de desenvolvimento nas áreas de cultura, esportes e lazer.	Programas voltados para mapeamento e desenvolvimento de talentos.

Fonte: Autoria própria.

Considerações finais

A fixação de médicos em áreas pobres, remotas e com necessidades especiais pode ser mais efetiva a partir da utilização de estratégias voltadas para a equidade de gênero na profissão médica.

Este estudo propõe que se voltem esforços para as necessidades femininas com o objetivo de retenção de profissionais médicos.

As mulheres que atuam no mercado de trabalho tornam-se mais produtivas e leais às organizações que utilizam abordagens de gênero estratégicas. Locais de trabalho mais atraentes para as mulheres também costumam favorecer a retenção masculina, impactando nos serviços de saúde, na qualidade da assistência e, conseqüentemente, nos indicadores de saúde da população.

Agradecimentos

A autora agradece ao Tiago Silveira pelo apoio técnico na coleta de dados secundários relacionados a indicadores de saúde, ao Laboratório de Pesquisa e Desenvolvimento (LP&D) e à Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Alfenas pelo apoio às atividades do Programa de Extensão Observatório de Gestão Hospitalar, programa no qual este trabalho foi desenvolvido.

Referências

1. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate*. 2009; 44: 13–24.
2. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47): 913–26.
3. Soárez PC, Padovan JL, Ciconelli RM. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. *RAS*. 2005; 7(27):57–64.
4. Scheffer M. *Demografia médica no Brasil 2015*. São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2015.

5. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saúde Debate*. 2014; 51: 105–120.
6. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, dos Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623–34.
7. REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2a ed. Brasília: OPAS; 2008.
8. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2):438–46.
9. Matos FV, Cerqueira MBR, Silva AWM, Veloso JCV, Moraes KVA, Caldeira AP. Egressos da residência de medicina de família e comunidade em Minas Gerais. *Rev Bras Educ Med*. 2014; 38(2):198–204.
10. Campos CVDA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Pública*. 2008; 42(2):347–68.
11. Maitland A, Wittenberg-Cox A. A era da mulher. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2011 (recurso digital).
12. Santos GE, Nestor NF. A influência da mulher como líder no mercado de trabalho. *Rev Ciênc Gerenc*. 2013; 17(25): 207–25.
13. Cavazotte FSCN, Oliveira LB, Miranda LC. Desigualdade de gênero no trabalho: reflexos nas atitudes das mulheres e em sua intenção de deixar a empresa. *Rev Adm*. 2010; 45(1):70–83.
14. Elborgh-Woytek K, Newiak M, Kochhar K, Fabrizio S, Kpodar K, Wingender P, et al. Women, work, and the economy: macroeconomic gains from gender equity. Washington: International Monetary Fund; 2013.
15. Bruschini C, Lombardi MR. A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. *Cad Pesqui*. 2000; 110:67–104.
16. Cordeiro MC. Mulher, mãe e trabalhadora: breve balanço de recentes políticas de conciliação entre trabalho e vida familiar no Brasil. *Rev SER Soc*. 2008; 10(23):71–99.
17. Warner ME, Prentice S. Regional economic development and child care: toward social rights. *J Urban Aff*. 2013; 35(2):195–217.
18. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Cienc Saúde Colet*. 2010; 15(5):2355–65.
19. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwinger G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Cienc Saúde Colet*. 2010; 15(Supl 1):1521–31.
20. Mello GA, Mattos ATR, Souto BGA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(3):464–71.
21. Moraes MLQ. Usos e limites da categoria gênero. *Cad Pagu*. 1998; 11:99–105.
22. Lima AMD, Rosa LCS. Equidade de gênero e welfare state pós-industrial: a contribuição de Nancy Fraser. *Temporalis*. 2014; 2(28):57–77.
23. Fraser N. Reconhecimento sem ética? *Lua Nova*. 2007; 70:101–38.
24. Almeida PP. 'Essa empresa não é lugar de mulher parideira': considerações feministas

- sobre as relações de gênero nas organizações. [dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2012.
25. Andrade JO, Carvalho-Neto A, organizadores. Mulheres profissionais e suas carreiras sem censura: estudos sob diferentes abordagens. São Paulo: Atlas; 2015.
26. Bispo CAF. Um novo modelo de pesquisa de clima organizacional. *Produção*. 2006; 16(2):258–73.
27. Scheffer, M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19:637–640.
28. Ristoff D. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. *Avaliação (Campinas)*. 2014; 19(3):723–47.
29. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré; 1992.
30. Dejours C. Trabalho vivo: sexualidade e trabalho. Brasília: Paralelo 15; 2012.
31. Dejours C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? *Rev Cult*. 2009; 12(139):49–53.
32. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):490–98.
33. Chaves HL, Borges LB, Guimarães DC, Cavalcanti LPG. Vagas para residência médica no Brasil: onde estão e o que é avaliado. *Rev Bras Educ Med*. 2013; 37(4):557–65.
34. Oliveira S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(4): 625–34.

Martinez MR. El abordaje equitativo de género como una estrategia de gestión para la fijación de médicos en áreas vulnerables. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1193-204.

Aunque diversos programas gubernamentales hayan contribuido para aumentar expresivamente el número de médicos en Brasil, áreas distantes, vulnerables y de difícil acceso siguen carentes de una cantidad mínima de profesionales, perjudicando el acceso a la asistencia y los indicadores de salud de la población. Estrategias gubernamentales, tales como incentivos financieros especiales, han conseguido atraer a profesionales médicos para esas áreas remotas y con necesidades especiales; sin embargo, la fijación de esos profesionales no ha sido efectiva. Considerando la tendencia hacia la feminización de la Medicina y la creciente influencia familiar y económica de las mujeres en los procesos de decisión de la sociedad actual, en este ensayo teórico se propone la utilización de abordajes contemporáneos dirigidos a la equidad de género en los servicios de salud para favorecer la fijación de profesionales médicos en regiones más necesitadas.

Palabras clave: Médicos. Servicios de salud. Trabajo femenino. Gestión en salud. Áreas pobres.

Submetido em 05/05/2016. Aprovado em 14/04/2017.

Qualificação e provimento de médicos no contexto da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde (SUS)

Débora Gusmão Melo^(a)

Carla Maria Ramos Germano^(b)

Carlos Guilherme Gaelzer Porciúncula^(c)

Isaias Soares de Paiva^(d)

João Ivanildo da Costa Ferreira Neri^(e)

Melo DG, Germano CMR, Porciúncula CGG, Paiva IS, Neri JICF, De Avó LRS, et al. Qualification and provision of physicians in the context of the National Policy on Comprehensive Care of People with Rare Diseases in the Brazilian National Health System (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1205-16.

This theoretical essay reflects on the qualification and provision of physicians in the context of the National Policy on Comprehensive Care of People with Rare Diseases in the SUS. To carry out this analysis, we introduce the Policy and its guidelines, with a focus on discussion of two integrated strategies: the provision and settlement of geneticist physicians; and training of primary care professionals with regard to enetic diseases and congenital defects. Finally, in view of the Brazilian National Curriculum Guidelines for undergraduate medical courses, we suggest a profile of minimum competencies required in Genetics, developed in order to provide resources to undergraduate courses in Health, in particular, medical courses. We provide a theoretical reference to support the outline of programs of education and training in Health, contributing to including Genetics in the SUS.

Keywords: Rare diseases. Public policy. Medical Genetics. Education in Health. Clinical competence.

Este ensaio teórico reflete sobre a qualificação e o provimento de médicos no contexto da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no SUS. Para isso, apresentamos a Política e suas diretrizes, e situamos a discussão em torno de duas estratégias integradas: o provimento e a fixação de médicos geneticistas; e a capacitação de profissionais da Atenção Primária à Saúde em relação às doenças genéticas e aos defeitos congênitos. Finalmente, considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, apresentamos uma proposta de perfil de competência mínimo em Genética, elaborada para instrumentalizar os cursos de graduação da área da Saúde, em particular os cursos de Medicina. Assim, oferecemos um referencial teórico para apoiar o delineamento de programas de educação e formação em Saúde, contribuindo para inclusão do cuidado em Genética no SUS.

Palavras-chave: Doenças raras. Política pública. Genética Médica. Educação em Saúde. Competência clínica.

Lucimar Retto da Silva de Avó^(f)
Marcelo Marcos Piva Demarzo^(g)
Marcial Francis Galera^(h)

^(a,b,f) Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Rod. Washington Luis (SP-310), Km 235, Campus da UFSCar. São Carlos, SP, Brasil. 13565-905. dgmelo@ufscar.br; cgermano@ufscar.br; lucimar@ufscar.br

^(c) Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas (Ufal). Maceió, AL, Brasil. cggael@uol.com.br

^(d) Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ispaiva.gen@gmail.com

^(e) Curso de Medicina, Universidade Potiguar. Natal, RN, Brasil. jineri@uol.com.br

^(g) Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). São Paulo, SP, Brasil. marcelodemarzo@gmail.com

^(h) Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá, MT, Brasil. fgalera@uol.com.br

Introdução

A Genética Médica lida com doenças individualmente raras, que somadas constituem um grupo considerável, com prevalência de 31,5 a 73,0 por mil indivíduos¹. A incidência de doença genética e defeito congênito no Brasil não é diferente daquela encontrada em outras partes do mundo, sendo que, de modo geral, de 3% a 5% dos recém-nascidos brasileiros apresentam algum defeito congênito, determinado total ou parcialmente por fatores genéticos².

É natural que, à medida que os indicadores de saúde da população melhoram, as doenças genéticas e os defeitos congênitos passem a ser responsáveis por uma maior proporção de mortes entre crianças³⁻⁵. O impacto dos defeitos congênitos é percebido especialmente quando a taxa de mortalidade infantil alcança valores inferiores a quarenta mortes por mil crianças⁶. É o que acontece no Brasil, onde, desde 2005, essas doenças, representadas pelo capítulo XVII do Código Internacional de Doenças ("Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas"), são a segunda causa de mortalidade infantil em todas as regiões do país⁷.

Desde 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem apontado reiteradamente a necessidade de que países em desenvolvimento iniciem atividades de promoção e proteção à saúde no campo das enfermidades de origem primariamente genética e dos defeitos congênitos⁸⁻¹¹. Nesse contexto, em janeiro de 2014 o Ministério da Saúde do Brasil instituiu a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (PNAIPDR) no SUS¹², garantindo assistência a uma parcela da população com uma ampla gama de doenças genéticas raras que geralmente são crônicas, progressivas, degenerativas e muitas vezes conferem risco de morte¹³.

Este artigo é um ensaio teórico que objetiva refletir sobre a qualificação e o provimento de médicos no contexto da PNAIPDR. Para tanto, apresentaremos inicialmente a política e suas diretrizes e, em seguida, situaremos a discussão em torno de duas estratégias integradas: o provimento e a fixação de médicos geneticistas; e a capacitação de profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde em relação às doenças genéticas e aos defeitos congênitos. Finalmente, considerando as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina publicadas em 2014¹⁴, apresentaremos uma proposta de perfil de competência mínimo em Genética, elaborada pela Comissão de Ensino da Sociedade Brasileira de Genética Médica para instrumentalizar os cursos de graduação da área da Saúde em geral; em particular, os cursos de Medicina.

Dessa forma, apresentamos um referencial teórico, baseado em competência, para apoiar o delineamento de programas de educação e formação em Saúde, contribuindo para inclusão do cuidado em Genética no SUS.

A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no SUS: perspectiva histórica e diretrizes

Conceitualmente, uma doença é considerada rara quando sua prevalência é igual a ou menor que 50-65 por cem mil indivíduos^{15,16(1)}. Existem em torno de cinco a oito mil doenças raras diferentes^{15,17} e, no Brasil, estima-se que 13 milhões de pessoas possuem alguma doença rara¹⁸. Cerca de 80% das doenças raras têm etiologia genética e os 20% restantes compreendem algumas doenças imunológicas, alguns cânceres e doenças infectocontagiosas infrequentes¹⁵.

Aproximadamente 50% das doenças raras afetam crianças¹³ e 30% dos doentes morrem antes dos cinco anos de idade¹⁵. No Brasil, levantamentos

⁽¹⁾ Para efeito da PNAIPDR, considerou-se doença rara aquela que afeta até 65 pessoas em cada cem mil indivíduos, ou seja, 1,3 pessoa para cada dois mil indivíduos.

realizados por associações de pacientes apontam dificuldades para o diagnóstico dessas doenças, com peregrinação dos doentes por vários médicos, às vezes por décadas (Aliança Brasileira de Genética – ABG – comunicação pessoal). Embora não haja um tratamento específico para a maior parte das doenças raras genéticas, a implantação de cuidados adequados pode melhorar a qualidade e aumentar a expectativa de vida dos doentes, além de proporcionar aconselhamento genético familiar^{15,17}.

A discussão formal sobre o estabelecimento de uma política pública de Saúde em Genética no Brasil foi iniciada em outubro de 2004, com a instituição do Grupo de Trabalho de Genética Clínica¹⁹, composto por especialistas em Genética Médica e técnicos do Ministério da Saúde. O trabalho desse grupo resultou na publicação, em 2009, da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica no SUS, cujo principal objetivo era estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que permitisse o acesso e a atenção integral em Genética²⁰. Como muitas vezes acontece, essa política deixou alguns aspectos para serem regulamentados e, na prática, não foi implantada.

A PNAIPDR, aprovada em 2014, resultou do trabalho de outro grupo, constituído em 2012 pelo Departamento de Atenção Especializada e Temática/Coordenação de Média e Alta Complexidade, com representantes da sociedade civil, especialistas em Genética médica e técnicos do Ministério da Saúde²¹. Para abranger o total de doenças raras conhecidas, optou-se por classificar as doenças na PNAIPDR de acordo com sua natureza de origem, que pode ser genética ou não genética. Dessa forma, foram elencados dois eixos de doenças raras, sendo que o primeiro reúne três grupos de doenças de origem genética: (1) anomalias congênitas ou de manifestação tardia, (2) deficiência intelectual e (3) erros inatos de metabolismo; e o segundo eixo aborda doenças raras de natureza não genética¹².

De acordo com as diretrizes da PNAIPDR, a atenção deve ser estruturada seguindo a lógica de cuidados, produzindo saúde de forma sistêmica, centrada no reconhecimento e na atenção dinâmica e contínua às necessidades dos usuários. Desse modo, o SUS deverá garantir cuidado integrado e coordenado em todos os níveis, desde prevenção, acolhimento, diagnóstico, tratamento (com garantia de acesso às tecnologias disponíveis e ao aconselhamento genético), suporte e apoio; até resolução, seguimento e reabilitação²¹. Essa política prevê funções específicas para a Atenção Primária à Saúde (APS) e para a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, inclusive com o estabelecimento de “Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras” e de “Serviços de Referência em Doenças Raras”²¹. Para a APS, foram estabelecidas nove atribuições específicas, que incluem mapeamento de pessoas com ou sob risco de desenvolver anomalia congênita e/ou doença genética para encaminhamento regulado (referência), promoção de educação em Saúde com objetivos de prevenção, seguimento clínico após diagnóstico e aconselhamento genético (contrarreferência) e atenção domiciliar em casos específicos²¹. Os Serviços de Atenção Especializada e de Referência são responsáveis por ações diagnósticas, terapêuticas e preventivas às pessoas com doenças raras ou sob risco de desenvolvê-las, o que inclui acompanhamento clínico especializado multidisciplinar e aconselhamento genético não diretivo e não coercitivo²¹.

Sobre o aconselhamento genético na PNAIPDR

Aconselhamento genético (AG) é definido como um processo de comunicação que cuida dos problemas humanos associados à ocorrência ou recorrência de uma doença genética em uma família. Esse processo envolve a tentativa feita, por uma ou mais pessoas treinadas apropriadamente, para ajudar os indivíduos ou a família a (1) compreender os fatos médicos, incluindo o diagnóstico, o provável curso da doença (prognóstico) e as medidas (tratamentos) disponíveis; (2) avaliar como a hereditariedade contribui para a doença e o risco de recorrência para determinados parentes; (3) entender quais as opções que possuem perante o risco de recorrência, em relação à vida reprodutiva da família; (4) escolher que ações são mais apropriadas para eles, considerando os riscos e os objetivos de suas famílias, agindo de acordo com suas decisões; e (5) obter o melhor ajustamento possível à doença do familiar afetado e/ou ao risco de recorrência da doença²².

A PNAIPDR prevê que o AG deve ser oferecido aos indivíduos e famílias com doenças raras de origem genética ou sob risco de desenvolvê-las, tendo como objetivo primordial a assistência e a

educação, permitindo o conhecimento, aos indivíduos e/ou famílias, sobre todos os aspectos da doença em questão, desde a sua etiologia, evolução e prognóstico, bem como a tomada de decisões a respeito do direito reprodutivo²¹.

As diretrizes da PNAIPDR ainda determinam que o AG deverá ser realizado por equipe multiprofissional capacitada, contendo médico geneticista e/ou profissional de saúde capacitado, com graduação na área da Saúde e pós-graduação – mestrado ou doutorado acadêmico – na área de Genética Humana ou título de especialista em Biologia Molecular Humana ou Citogenética Humana emitido pela Sociedade Brasileira de Genética ou, ainda, título de especialista em Genética emitido pelo Conselho Federal de Biologia, além de comprovação de no mínimo 800 horas de experiência profissional ou estágio supervisionado em AG²¹.

Em países europeus, nos EUA, na Austrália e no Canadá, onde a Genética está mais incorporada na prática dos cuidados em Saúde, existe a profissão de “conselheiro genético”, que habitualmente corresponde a um profissional com graduação em algum curso da área de Saúde (mais frequentemente Medicina, Enfermagem ou Psicologia) e com treinamento especializado, tipicamente em nível de mestrado, abrangendo conhecimentos sobre Genética Clínica, Genética de Populações, Citogenética e Biologia Molecular, bem como habilidades relacionadas à Psicologia e a técnicas de comunicação^{23,24}.

Embora a PNAIPDR reconheça a necessidade de AG para o cuidado integral de indivíduos e famílias com doenças raras de etiologia genética, a profissão de “conselheiro genético” ainda não está regulamentada no Brasil. Atualmente, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) reconhece 36 programas de pós-graduação em Genética em funcionamento no país, sendo 17 doutorados, 16 mestrados acadêmicos e três mestrados profissionalizantes²⁵. A maior parte desses programas possuem pesquisadores com trajetórias relacionadas à Genética Humana e/ou Médica, responsáveis pelo treinamento de profissionais da Saúde e das Ciências Biológicas. Um único programa de mestrado profissionalizante, vinculado ao Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo, é específico em AG e existe desde 2015²⁵.

A Genética Médica no cuidado à saúde no Brasil e novas necessidades de formação frente à PNAIPDR

No Brasil, a Genética Médica foi reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) no ano de 1983. Na busca pela consolidação da especialidade, em 1986, foi fundada a Sociedade Brasileira de Genética Clínica que, em 2006, foi renomeada como Sociedade Brasileira de Genética Médica (SBGM)²⁶.

Os serviços de Genética Médica no país começaram a se desenvolver nos anos 1960 e 1970, quase sempre ligados a cursos de pós-graduação em Genética Humana e/ou Médica e com interesse maior na pesquisa de certas doenças ou grupos de doenças. Durante as décadas de 1970 e 1980, foram estruturados serviços com maior capacidade assistencial, ligados a hospitais e/ou instituições universitárias públicas²⁷. Cadastramento realizado pela SBGM no ano de 2000 registrou a existência de 64 serviços assistenciais de Genética Médica: 37 (58%) na região Sudeste (75,7% no Estado de São Paulo), 17 (26%) na região Sul, 7 (11%) na região Nordeste e 3 (5%) no Centro-Oeste. Na época, não foi identificado nenhum serviço na região Norte. Os tipos de serviços oferecidos eram bastante variáveis, sendo alguns muito abrangentes (atendimento clínico, laboratorial e pesquisa), enquanto em outros era oferecido somente aconselhamento genético³.

O número de serviços e de recursos humanos envolvidos na assistência em Genética Médica no Brasil é considerado insuficiente para atender à demanda e estima-se que a maior parte dos pacientes e famílias que padecem com doenças genéticas não recebe cuidado adequado^{28,29}. Dados da pesquisa “Demografia Médica no Brasil”, conduzida pelo CFM³⁰ e publicados em novembro de 2015, apontam a existência de 241 médicos especialistas em genética⁽¹⁾ distribuídos no território nacional de forma muito heterogênea (Figura 1).

① O total de 241 especialistas em Genética Médica inclui 17 (7,1%) com duplicação de registro.

A distribuição geográfica dos profissionais de Genética e serviços relaciona-se com a densidade populacional e o índice de desenvolvimento humano das regiões, e nas áreas mais pobres e menos povoadas (em particular, no Norte e no Nordeste), há uma maior carência de profissionais.

Existem apenas 11 programas de residência em Genética Médica no país, que oferecem um total de 22 novas vagas para médicos residentes por ano e, com exceção de um programa vinculado à Universidade de Brasília e outro à Universidade Federal da Bahia, todos os demais estão localizados nas regiões Sul e Sudeste (Figura 1)³¹.

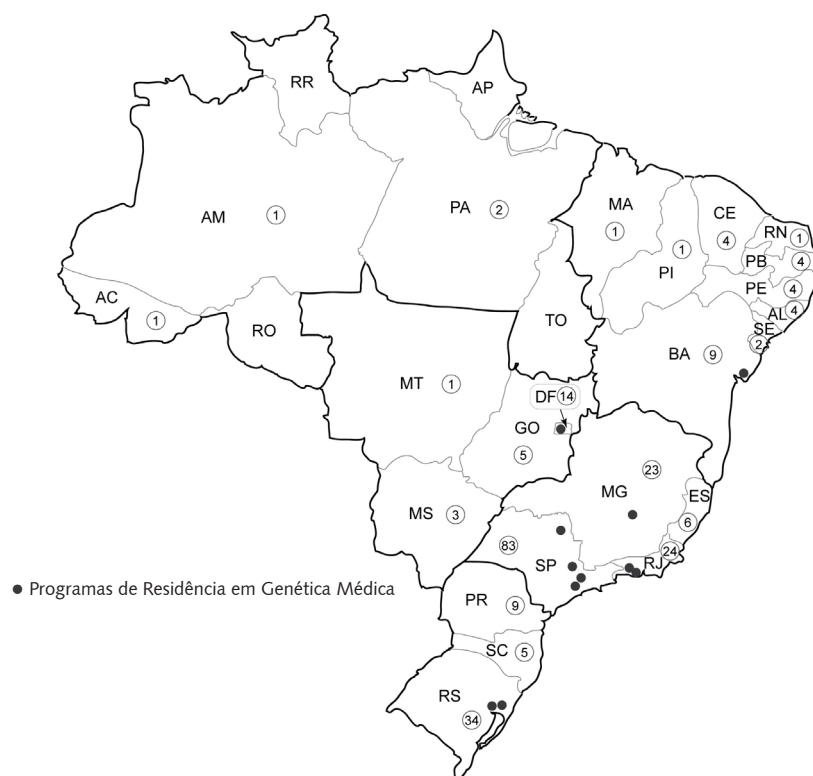


Figura 1. Distribuição dos 241 médicos especialistas em Genética e dos 11 programas de residência em Genética Médica no Brasil.

Adicionalmente, estima-se que existam cerca de vinte enfermeiras trabalhando na área, a maior parte delas com doutorado em Genética. No momento, elas se organizam para consolidar a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Genética e Genômica, fundada em junho de 2015 (Flória-Santos M., comunicação pessoal).

Em função da concentração de profissionais e serviços nas regiões Sul e Sudeste, há grande migração de pacientes (especialmente do Norte e Nordeste) em busca de atendimento. A escassez de recursos humanos especializados é entrave para inclusão da assistência em Genética Clínica no SUS^{5,28,32} e obstáculo para implantação da PNAIPDR³¹.

À essa carência de médicos especialistas soma-se a incipiente capacitação dos profissionais de Saúde que atuam na APS em relação à Genética Clínica^{31,33,34}. De modo geral, profissionais médicos que atuam na APS demonstram habilidade para reconhecer situações nas quais é necessário encaminhar o paciente para o especialista em Genética, mas têm dificuldades para coletar e valorizar adequadamente as informações da história familiar e para identificar padrões de herança genética³¹. Experiências educacionais bem-sucedidas de capacitação em Genética de profissionais da APS já foram relatadas no país^{35,36}, evidenciando o potencial que a Estratégia de Saúde da Família tem para contribuir com a implantação da PNAIPDR.

O cuidado centrado na pessoa, prática estimulada na Estratégia Saúde da Família, favorece a abordagem integral e longitudinal do indivíduo, considerando o sujeito em sua singularidade, mas também considerando sua inserção familiar e sociocultural. Assim, os profissionais que atuam na APS podem ter mais oportunidades para identificar doenças hereditárias, que ocorrem nas famílias, e mapear situações de risco ambiental para defeitos congênitos, como a exposição a teratógenos. Além disso, em relação às doenças genéticas, que normalmente são multissistêmicas e exigem o envolvimento de uma ampla gama de profissionais, a coordenação dos cuidados exercida pela APS pode garantir a articulação efetiva entre os diferentes níveis de atenção^{37,38}. Educação de profissionais de Saúde generalistas, que atuam na APS, é fundamental para transladar adequadamente as recentes descobertas da Genética Médica e da Genômica em benefício dos pacientes e de suas famílias, contribuindo para redução da iniquidade em Saúde^{31,34,39,40}.

Ainda que de forma limitada, a educação e o treinamento em Genética vêm sendo implantados nos cursos de graduação em Medicina do Brasil, mas o conhecimento sobre Genética proposto nos currículos varia muito em relação aos temas apresentados e à sua profundidade^{28,41,42}. Geralmente, a aprendizagem é fundamentada em uma disciplina, frequentemente isolada, com uma prática clínica limitada e restrita ao estudo de doenças raras na população geral, mas comuns nos hospitais-escola⁴³.

As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Medicina, publicadas em 2014, determinam como parte do perfil de competência dos egressos a: "proposição e explicação, à pessoa sob cuidado ou responsável, sobre a investigação diagnóstica para ampliar, confirmar ou afastar hipóteses diagnósticas, incluindo as indicações de realização de aconselhamento genético"¹⁴. Não está explícito nas DCN quais conhecimentos, habilidades e atitudes são necessários para atingir essa competência, o que motivou a SBGM a se posicionar sobre o assunto.

Perfil de competência mínimo em Genética para profissionais de Saúde do Brasil no contexto da PNAIPDR

Grupos de especialistas em Genética Humana e Médica da Europa e dos EUA têm trabalhado na elaboração de diretrizes educacionais e no estabelecimento de perfis de competências em Genética para profissionais de Saúde⁴⁴⁻⁵¹.

Tendo como referência o material previamente produzido por esses grupos, em março de 2015, cinco médicos geneticistas, professores universitários, membros da Comissão de Ensino da SBGM na gestão 2014-2016 e autores desse ensaio reuniram-se em período integral, por dois dias consecutivos, com a intenção de elaborar uma proposta de perfil de competência mínimo em genética, adaptada para realidade do Brasil e, portanto, considerando a PNAIPDR e as últimas DCN do curso de graduação em Medicina. O material produzido por esse grupo de especialistas foi validado pelos demais sócios da SBGM por meio da internet e é então apresentado neste ensaio.

Referenciais teóricos de duas organizações, a National Coalition for Health Professional Education in Genetics (NCHPEG)⁵⁰ e a European Society of Human Genetics (ESHG)⁵¹, foram escolhidos como principais balizadores da discussão. A NCHPEG é uma organização sem fins lucrativos cuja missão é promover a formação de profissionais de Saúde e o acesso a informações sobre os avanços na Genética Humana e, em 2007, estabeleceu e publicou as "Competências essenciais em Genética para todos os profissionais da Saúde" ("Core Competencies in Genetics for All Health Professionals")⁵⁰. Já a ESHG definiu, em 2008, competências específicas para médicos, enfermeiros, obstetras e odontólogos não especialistas em Genética e para médicos e enfermeiras especialistas na área, que atuam na comunidade europeia⁵¹.

Como resultado do trabalho feito pela SBGM, foram elencadas quatro competências essenciais para todos os profissionais de saúde: (1) examinar regularmente a sua própria competência clínica, reconhecendo as lacunas de aprendizagem e os avanços da Genética e da Genômica ao longo do tempo, compreendendo a necessidade de educação continuada; (2) identificar indivíduos que apresentem ou possam desenvolver uma doença genética e saber como e quando fazer encaminhamento para um profissional especializado em Genética Médica; (3) manejar pacientes com doenças genéticas/defeitos congênitos previamente diagnosticados, utilizando diretrizes clínicas já estabelecidas, no âmbito da sua atuação profissional; e (4) promover e estimular práticas clínicas e de Educação em Saúde objetivando a prevenção de doenças genéticas/defeitos congênitos. Para alcançar essas competências, foram especificados um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários, listados no Quadro 1.

Quadro 1. Perfil de competência mínimo em Genética para todos os profissionais de Saúde do Brasil, proposto pela Sociedade Brasileira de Genética Médica.

Conhecimentos
1. Reconhecer a importância das doenças genéticas/defeitos congênitos dentro do contexto epidemiológico local e nacional.
2. Conhecer a terminologia e os conceitos básicos usados na Genética Médica.
3. Conhecer os padrões de herança clássicos no âmbito das famílias e comunidades.
4. Reconhecer a importância do heredograma ao avaliar a predisposição/susceptibilidade e a transmissão de doenças genéticas.
5. Ter noções básicas de morfogênese e fisiologia humanas e do papel da Genética nesses processos.
6. Entender como a interação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais atuam na susceptibilidade, no início e no desenvolvimento de doenças, assim como na resposta ao tratamento e na manutenção da saúde.
7. Reconhecer os principais agentes teratogênicos e as medidas preventivas relacionadas (especialmente álcool e drogas ilícitas).
8. Reconhecer os principais fatores de risco genéticos – idade parental avançada, consanguinidade e recorrência familiar.
9. Conhecer as medidas preventivas relacionadas às doenças genéticas/defeitos congênitos – ácido fólico pré-concepcional, imunizações maternas, hábitos de vida saudáveis.
10. Reconhecer que as doenças genéticas são frequentemente distúrbios multissistêmicos, necessitando de abordagem interdisciplinar e multiprofissional.
11. Conhecer os princípios e diretrizes do Programa Nacional de Triagem Neonatal.
12. Conhecer os formulários oficiais e obrigatórios para registro das doenças genéticas/defeitos congênitos – Declaração de Nascido Vivo e Declaração de Óbito.
13. Conhecer as doenças genéticas/defeitos congênitos que não são raros, ou seja, que têm prevalência superior a 1,3:2.000 indivíduos.
14. Conhecer os principais testes genéticos utilizados na prática clínica.
15. Conhecer a rede de atenção e cuidados em saúde disponível nos três níveis de complexidade para os indivíduos com doenças genéticas/defeitos congênitos e suas famílias.
16. Conhecer as atribuições do médico geneticista no reconhecimento e manejo das doenças de base genética/congênita, com intuito de operacionalizar o sistema de referência/contrarreferência.
Habilidades
1. Reunir informações sobre a história genética de uma família, incluindo a construção de um heredograma de no mínimo três gerações.
2. Reconhecer a variação do fenótipo normal e suas alterações morfológicas e funcionais.
3. Preencher adequadamente os documentos de referência e contrarreferência dos pacientes com suspeita de doenças genéticas e defeitos congênitos ou com diagnóstico definido.
4. Usar habilidades de comunicação adequadas e demonstrar consciência da necessidade de confidencialidade e de uma abordagem não diretiva ao lidar com os pacientes e suas famílias.
5. Usar adequadamente a tecnologia disponível para a obtenção de informações atualizadas sobre Genética e Genômica.
Atitudes
1. Respeitar o aconselhamento genético não diretivo e não coercitivo.
2. Considerar as crenças culturais e religiosas do paciente a respeito da sua herança genética quando prestar cuidados a pessoas com doenças genéticas ou em risco de desenvolvê-las.
3. Ter sensibilidade para perceber a importância e a necessidade de privacidade e confidencialidade.
4. Demonstrar consciência da importância do impacto social e psicológico de um diagnóstico genético para o paciente e seus familiares.
5. Ser capaz de trabalhar de forma cooperativa e colaborativa em uma equipe interdisciplinar e multiprofissional em Saúde.

A expectativa é que esse perfil de competência seja incorporado nos cursos de graduação em Medicina, cujas DCN já reconhecem a importância da Genética no processo de cuidado à Saúde. Igualmente, espera-se que outros cursos de graduação da área da Saúde, notadamente de Enfermagem, incluam a Genética nas suas DCN e possam se beneficiar desse perfil de competência sugerido.

Há o reconhecimento de que a educação de profissionais de Saúde, em especial a de médicos, em relação às doenças genéticas e aos defeitos congênitos, envolve adequação de sua formação durante a graduação, mas também envolve capacitação de profissionais já formados^{28,31,34}. Nesse sentido, é necessário estruturar e promover cursos de educação permanente para esses profissionais de forma contínua, no tempo suficiente para conseguir atualizar a maioria deles. Uma possível estratégia para isso pode ser aproveitar o período de um ou dois anos de residência em Medicina de Família e Comunidade, que está previsto atualmente no Projeto Mais Médicos, para ser obrigatório a partir de 2018, antes do ingresso nas demais especialidades médicas⁵², como oportunidade para capacitação em Genética. O sucesso dessa estratégia está condicionado a eventuais desdobramentos do Projeto Mais Médicos, que, neste momento, atravessa uma situação de instabilidade institucional e incerteza com relação ao seu futuro.

Considerações finais

Ao apresentarmos uma proposta de perfil de competência mínimo em Genética para profissionais de Saúde, adaptado à realidade brasileira, esperamos fornecer um referencial teórico para guiar as matrizes curriculares dos cursos da área da Saúde, em especial, dos cursos de Medicina. Esse mesmo perfil de competência pode subsidiar políticas de educação profissional permanente na área da Genética, de forma a capacitar a força de trabalho do SUS em relação às doenças genéticas e anomalias congênitas, preparando os profissionais para a implantação da PNAIPDR.

Cabe ressaltar que o Projeto Mais Médicos atualmente prevê a manutenção da Genética Médica como uma especialidade cujo programa de residência tem acesso direto⁵². Entendemos que é papel do Ministério da Saúde fomentar a abertura de mais Programas de Residência em Genética, garantindo a formação de recurso humano especializado suficiente para implantação da PNAIPDR no SUS.

Finalmente, é fundamental reconhecer o ofício do conselheiro genético como profissional de Saúde, definindo como deve ser sua formação e quais as suas atribuições.

Agradecimentos

À Prof^a Dr^a Lavínia Schuler Faccini, presidente da Sociedade Brasileira de Genética Médica na gestão 2014-2016, pela revisão crítica do manuscrito.

Colaboradores

João Ivanildo da Costa Ferreira Neri, Carlos Guilherme Gaelzer Porciúncula, Débora Gusmão Melo, Isaias Soares de Paiva e Marcial Francis Galera elaboraram o perfil de competência em Genética apresentado no manuscrito. Débora Gusmão Melo elaborou a versão inicial do manuscrito. Marcelo Marcos Piva Demarzo, Carla Maria Ramos Germano e Lucimar Retto da Silva de Avó contribuíram substancialmente com a discussão crítica do manuscrito. Todos os autores colaboraram na redação e na revisão final do texto.

Referências

1. Jorde LB, Carey JC, Bamshad MJ, organizadores. Conceitos e história: o impacto clínico das doenças genéticas. In: *Genética médica*. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017. p. 1-5.
2. Leite JCL, Comunello LN, Giugliani R. Tópicos em defeitos congênitos. Porto Alegre: Ed. da UFRGS; 2002.
3. Marques-de-Faria AP, Ferraz VE, Acosta AX, Brunoni D. Clinical genetics in developing countries: the case of Brazil. *Community Genet*. 2004; 7(2-3):95-105.
4. Horovitz DDG, Llerena Jr. JC, Mattos RA. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(4): 1055-64.
5. Horovitz DD, de Faria Ferraz VE, Dain S, Marques-de-Faria AP. Genetic services and testing in Brazil. *J Community Genet*. 2013; 4(3):355-75.
6. March of Dimes Birth Defects Foundation, World Health Organization. Management of birth defects and haemoglobin disorders: report of a joint WHO-March of Dimes Meeting [Internet]. 2006. 31 p. [citado 30 Jun 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/genomics/publications/WHO-MODreport-final.pdf>
7. Departamento de Informática do SUS. Sistema de informações de Saúde. Estatísticas vitais – mortalidade e nascidos vivos [Internet]. 1996-2015 [citado 30 Jun 2017]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
8. Penchaszadeh VB. Medical Genetic Services in Latin America: Report of a WHO Collaborating Centre for Community Genetics and Education. Geneva: WHO Press; 1998.
9. World Health Organization. Primary Health Care Approaches for Prevention and Control of Congenital and Genetic Disorders: Report of a WHO meeting. Geneva: WHO Press; 2000.
10. World Health Organization. Community genetic services in Latin America and regional networks on medical genetics: Report of a WHO consultation. Geneva: WHO Press; 2004.
11. World Health Organization. Community genetics services: report of a WHO consultation on community genetics in low- and middle-income countries. Geneva: WHO Press; 2010.
12. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria no 199, de 30 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. *Diário Oficial da União*. 12 Feb 2014 [citado 30 Jun 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html
13. ORPHANET - Portal de Doenças Raras e Medicamentos Órfãos [Internet]. [citado 30 Jun 2017]. Disponível em: <http://www.orpha.net>
14. Câmara de Educação Superior (BR). Portaria no 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Jun 2014. [citado 30 Jun 2017]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/06/2014&jornal=1&pagina=8&totalArquivos=64>
15. Vrueth R, Baekelandt ERF, Haan JMH. Priority diseases and reasons for inclusion. Background Paper 6.19 - Rare Diseases. [Internet]. 2013. 46p. [citado 30 Jun 2017]. Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP6_19Rare.pdf?ua=1
16. Warren Kaplan W, Laing R, organizadores. Orphan diseases. In: *Priority medicines for Europe and the world*. Geneva: WHO Press; 2004. p. 95-8.

17. Institute of Medicine (US). Committee on Accelerating Rare Diseases Research and Orphan Product Development, Field MJ, Boat TF, editores. Rare diseases and orphan products: accelerating research and development [Internet]. Washington (DC): National Academies Press; 2010 [citado 30 Jun 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56184/>
18. Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa. Doenças raras: contribuições para uma Política Nacional. [Internet]. São Paulo: Ativaonline Editora e Serviços Gráficos; 2013. 28p. [citado 30 Jun 2017] Disponível em: http://www.sbmf.org.br/_pdf/biblioteca/14/doencas_raras_2013.pdf
19. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria no 2.380, de 28 de outubro de 2004. Institui o Grupo de Trabalho de Genética Clínica, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 Out 2004 [citado 30 Jun 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2380_28_10_2004.html
20. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria no 81, de 20 de janeiro de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. Diário Oficial da União. 21 Jan 2009 [citado 30 Jun 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0081_20_01_2009.html
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. Diretrizes para atenção integral às pessoas com doenças raras no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; p.41. 2014 [citado 30 Jun 2017]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes_Atencao-DoencasRaras.pdf
22. Fraser FC. Genetic counseling. *Am J Hum Genet.* 1974; 26(5):636-61.
23. Cordier C, Lambert D, Voelckel MA, Hosterey-Ugander U, Skirton H. A profile of the genetic counsellor and genetic nurse profession in European countries. *J Community Genet.* 2012; 3(1):19-24.
24. Organização Mundial de Saúde. Genetic counselling services [Internet]. [citado 30 Jun 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/genomics/professionals/counselling/en/>
25. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior [Internet]. [citado 30 Jun 2017]. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/>
26. Sociedade Brasileira de Genética Médica. [Internet]. [acesso em 30 Jun 2017]. Disponível em: <http://www.sbgm.org.br/>
27. Brunoni D. Aconselhamento genético. *Ciênc Saúde Colet.* 2002; 7(1): 101-7.
28. Novoa MC, Burnham TF. Desafios para a universalização da genética clínica: o caso brasileiro. *Rev Panam Salud Publica.* 2011; 29(1):61-8.
29. Melo DG, Sequeiros J. The challenges of incorporating genetic testing in the Unified National Health System in Brazil. *Genet Test Mol Biomarkers.* 2012; 16(7):651-5.
30. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia médica no Brasil 2015. [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2015. 285p. [citado 30 Jun 2017]. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov20153.pdf>
31. Melo DG, de Paula PK, de Araujo Rodrigues S, da Silva de Avó LR, Germano CM, Demarzo MMP. Genetics in primary health care and the National Policy on Comprehensive Care for People with Rare Diseases in Brazil: opportunities and challenges for professional education. *J Community Genet.* 2015; 6(3):231-40.
32. Passos-Bueno MR, Bertola D, Horovitz DD, de Faria Ferraz VE, Brito LA. Genetics and genomics in Brazil: a promising future. *Mol Genet Genomic Med.* 2014; 2(4):280-91.

33. Vieira DKR, Attianezi M, Horovitz DD, Llerena Jr JC. Atenção em genética médica no SUS: a experiência de um município de médio porte. *Physis*. 2013a; 23(1):243-61.
34. Gramasco HFF, Baptista FH, Ribeiro MG, de Avó LRS, Germano CMR, Melo DG. Genetics in Primary Healthcare in Brazil: potential contribution of mid-level providers and community health workers. *J Community Med Health Educ* [Internet]. 2016 [citado 30 Jun 2017]; 6(2):[7 p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4172/2161-0711.1000406>
35. Melo DG, Gomes TLCS. Capacitação em Genética Médica para residentes em Medicina de Família e Comunidade: relato de experiência. *Rev Atenção Prim Saúde*. 2009; 12(1):83-7.
36. Vieira TA, Giugliani C, da Silva LP, Faccini LS, Loguercio Leite JC, Artigalás OA, et al. Inclusion of medical genetics in primary health care: report of a pilot project in Brazil. *J Community Genet*. 2013b; 4(1):137-45.
37. Starfield B, Holtzman NA, Roland MO, Sibbald B, Harris R, Harris H. Primary care and genetic services: Health care in evolution. *Eur J Public Health*. 2002; 12(1):51-6.
38. Acheson L. Fostering applications of genetics in primary care: what will it take? *Genet Med*. 2003; 5(2):63-5.
39. Emery J, Hayflick S. The challenge of integrating genetic medicine into primary care. *BMJ*. 2001; 322(7293):1027-30.
40. Acheson LS, Wiesner GL. Current and future applications of genetics in primary care medicine. *Prim Care*. 2004; 31(3):449-60.
41. da Rosa VL. Genética humana e sociedade: conhecimentos, significados e atitudes sobre a ciência da hereditariedade na formação de profissionais de saúde [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
42. Porciúncula CGG. Avaliação do ensino de genética médica nos cursos de medicina do Brasil [tese]. Campinas: Universidade de Campinas; 2004.
43. Melo DG, Demarzo MMP, Huber J. Ambulatório de genética médica na Apae: experiência no ensino médico de graduação. *Rev Bras Educ Méd*. 2008; 32(3):396-402.
44. American Society of Human Genetics. Report from the ASHG Information and Education Committee: medical school core curriculum in genetics. *Am J Hum Genet*. 1995; 56(2):535-7.
45. Friedman JM, Blitzer M, Elsas LJ 2nd, Francke U, Willard HF. Clinical objectives in medical genetics for undergraduate medical students. Association of Professors of Human Genetics, Clinical Objectives Task Force. *Genet Med*. 1998; 1(1):54-5.
46. American Academy of Family Physicians. Core Educational Guidelines - Medical genetics: recommended core educational guidelines for family practice residents. *Am Fam Physician*. 1999; 60(1):305-7.
47. Lea DH. Position statement: integrating genetics competencies into baccalaureate and advanced nursing education. *Nurs Outlook*. 2004; 50(4):167-8.
48. Riegert-Johnson DL, Korf BR, Alford RL, Broder MI, Keats BJ, Ormond KE et al. Outline of a medical genetics curriculum for internal medicine residency training programs. *Genet Med*. 2004; 6(6): 543-47.
49. International Society of Nurses in Genetics. Genetics and genomics nursing: scope and standards of practice. Silver spring: American Nursing Association; 2007. 119p. [citado 30 Jun 2017] Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Resources/Genetics-1/Genetics-and-Genomics-Nursing-Scope-and-Standards.pdf>
50. National Coalition for Health Professional Education in Genetics. Core competencies in genetics for health professionals [Internet]. 2007. [citado 30 Jun 2017]. Disponível em: www.nchpeg.org/documents/Core_Comps_English_2007.pdf

51. European Society of Human Genetics. Core competences in genetics for health professionals in Europe [Internet]. 2008 [citado 30 Jun 2017]. Disponível em: <https://www.eshg.org/139.0.html>.

52. Presidência da República (BR). Casa Civil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 23 Out 2013 [citado 30 Jun 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm

Melo DG, Germano CMR, Porciúncula CGG, Paiva IS, Neri JICF, De Avó LRS, et al. Calificación y provisión de médicos en el contexto de la Política Nacional de Atención Integral a las Personas con Enfermedades Raras en el Sistema Brasileño de Salud (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1205-16.

Este ensayo teórico reflexiona sobre la calificación y la provisión de médicos en el contexto de la Política Nacional de Atención Integral a las Personas con Enfermedades Raras en el SUS. Para ello, presentamos la Política y sus directrices y situamos la discusión alrededor de dos estrategias integradas: la provisión y la fijación en el área de médicos genetistas y la capacitación de profesionales de Atención Primaria a la Salud en relación a las enfermedades genéticas y a los defectos congénitos. Finalmente, considerando las Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Graduación en Medicina, presentamos una propuesta de perfil de competencia mínimo en Genética, elaborada para instrumentalizar los cursos de graduación del área de la Salud, en particular los cursos de medicina. De esta forma, ofrecemos una referencia teórica para apoyar el delineamiento de programas de educación y formación en Salud, contribuyendo para la inclusión del cuidado en Genética en el SUS.

Palabras clave: Enfermedades raras. Política pública. Genética Médica. Educación en Salud. Competencia clínica.

Submetido em 30/03/2016. Aprovado em 12/06/2017.

Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016

Cássia de Andrade Araújo^(a)
Fernando Canto Michelotti^(b)
Tuanny Karen Souza Ramos^(c)

Araújo CA, Michelotti FC, Ramos TKS. Government provision programs: profile and motivations of physicians who migrated from the Primary Care Professional Valorization Program (Provab) to the More Doctors Program in 2016. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1217-28.

The Primary Care Professional Valorization Program (Provab) and the More Doctors Program are different strategies that were adopted simultaneously by the Brazilian Ministry of Health to tackle the lack of primary care physicians in the Brazilian National Health System (SUS), and they have the converging objective of recruiting Brazilians to work in vulnerable areas around the country. This paper analyzes the profiles and motivations of Provab professionals who migrated to the More Doctors Program in 2016. Secondary data from a Provab monitoring survey carried out by the Ministry of Health were used. The results showed that Provab attracted recently graduated physicians and suggest that the 10% bonus offered to graduates is making Provab a viable alternative to accessing the More Doctors Program for inexperienced physicians who have not yet chosen their career paths, but who are increasingly enthusiastic with regard to primary care.

Keywords: Provab. Precedence. More Doctors Program. Primary Care.

O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) e o Programa Mais Médicos são estratégias diferentes adotadas em paralelo pelo Ministério da Saúde (MS) para enfrentar a falta de médicos na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), que convergem no objetivo de atrair brasileiros para atuar em áreas vulneráveis do país. Este artigo analisa perfil e motivações dos egressos do Provab que migraram para o Mais Médicos em 2016. Foram utilizados dados secundários do MS de um *survey* de monitoramento do Provab. Os resultados apontam que o Provab atraiu recém-egressos de Medicina e dão indícios de que o bônus de 10% ofertado aos que o concluem vem tornando o Provab uma via alternativa de acesso ao Mais Médicos para médicos com pouca experiência e indecisos sobre os rumos profissionais, mas que demonstram entusiasmo crescente em relação à Atenção Básica.

Palavras-chave: Provab. Precedência. Mais Médicos. Atenção Primária à Saúde.

^(a,b,c) Ministério da Saúde,
Área de Planejamento
e Dimensionamento,
Departamento de
Planejamento e
Regulação da Provisão
de Profissionais de
Saúde. Esplanada
dos Ministérios,
Bloco G, Ed. Sede, 7º
andar. Zona Cívico.
Brasília, DF, Brasil.
70.058-900.
cassia.andrade.nutri@
gmail.com;
fcmichelotti@
gmail.com;
tuanny.ramos89@
gmail.com

Introdução

Ao longo de seus mais de 25 anos de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem enfrentando sucessivos desafios para fazer valer a sua diretriz constitucional de universalizar o acesso à saúde em todo o território nacional. Mesmo diante da conquista do marco legal que foi a Constituição Federal de 1988¹ e da posterior regulamentação da saúde na Lei Orgânica do SUS, a desigualdade na provisão de serviços de saúde manteve-se entre os cidadãos que residem em localidades com oferta de infraestrutura e mão de obra especializada e os que se encontram total ou parcialmente desassistidos.

No intuito de contornar a profunda carência de serviços essenciais que aflige cidadãos de norte a sul do país, principalmente no meio rural e nas periferias das grandes cidades, houve a aposta pelo Governo Federal no início dos anos 1990 na expansão da oferta de serviços básicos de saúde por meio de incentivos financeiros para que municípios adotassem o Programa, atualmente estratégia, de Saúde da Família, que colocou Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiros e médicos na linha de frente. Diferente do caso dos dois primeiros, que tiveram um crescimento vertiginoso nos sistemas locais de saúde, os médicos estiveram na contracorrente dessa expansão, o que acabou por penalizar principalmente regiões de maior vulnerabilidade social.

A literatura que se debruçou sobre as razões para tamanha dificuldade em atrair e fixar médicos fora dos centros mais ricos e urbanizados já apontou alguns fatores como os que mais influenciam a decisão médica²⁻⁵. A alta instabilidade fiscal dos orçamentos municipais e os vínculos precários de contratação, a concentração territorial de escolas médicas e de vagas de residência médica, as más condições de trabalho e de vida para si e familiares e o isolamento profissional, com menores chances de especialização e de avanço na carreira, têm contribuído para a dificuldade de fixar médicos e levado à alta rotatividade desses profissionais em várias localidades, prejudicando a consolidação de um modelo de atenção que siga as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde para uma Atenção Básica à Saúde resolutiva e de qualidade, calcada na longitudinalidade do cuidado.

Diante da persistência desse déficit assistencial em regiões vulneráveis, o MS buscou revertê-lo desde os anos 1990 por meio do lançamento de sucessivas iniciativas que visaram atrair médicos para o SUS, seja por meio de ações dirigidas a sanar de modo imediato a falta desses profissionais, a exemplo do Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus) e do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), ou de ações visando induzir mudanças na formação médica, com efeitos a longo prazo, a exemplo do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed) e do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Este artigo trata justamente de uma iniciativa que buscou condensar em um único programa os eixos do provimento e da formação: o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), sinalizando, assim, um novo momento de concentração de esforços do Governo Federal em prol do fortalecimento da Atenção Básica no SUS⁶⁻⁹.

O Provab foi lançado pelo MS em 2011 (Portaria MS nº. 2.087) e, desde a sua criação, previu incentivos educacionais presenciais e a distância, tais como a supervisão feita por um profissional vinculado a uma instituição de ensino e um curso de especialização em Saúde da Família promovido pela (UNA-SUS). Esta era uma aposta em reverter o isolamento profissional e fortalecer uma especialidade que reforça o papel do médico na Atenção Básica. Ciente de que a dificuldade de atrair médicos inviabilizaria o sucesso dessa iniciativa, foi aprovada na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) uma resolução (nº 3/2011) que previa a concessão de um bônus de 10% nos processos seletivos para ingresso na residência médica aos que concluíssem o Provab. Essa resolução sofreu uma alteração em 2015 (nº 2/2015), quando o bônus passou a ser exclusivamente para uso em programas de residência de acesso direto. Essa medida esteve associada a uma estratégia de indução do MS à formação de especialistas em áreas básicas e reconhecidamente prioritárias para o SUS ou com escassez de oferta.

Em 2014, quando o Programa Mais Médicos (Lei nº 12.871/2013) já havia sido criado, o MS inovou ao permitir uma migração cruzada dos participantes entre os programas, desde que permanecessem no mesmo município. Essa medida visava não prejudicar os sistemas locais de Saúde nos quais os profissionais já estivessem atuando. A possibilidade de transferência, no entanto, não

anulou a estrutura própria de incentivos de cada programa. Em 2015, reformulou-se o processo seletivo para recrutamento de médicos com o lançamento de um único edital (nº 2/2015), que passou a utilizar a nomenclatura “modalidade com 10%” para o Provac e “modalidade sem 10%” para o Mais Médicos. Outra mudança foi que se instituiu uma transferência de mão única, do Provac para o Mais Médicos, criando-se o que veio a se chamar de precedência, que é a preferência para ocupação de uma dada vaga pelo médico conluente do Provac que opte por continuar trabalhando no município, de modo que a vaga deixa de ser ofertada em edital para recrutar novos interessados. Assim, caso tenha concluído o Provac com conceito satisfatório e a solicitação seja validada pelo gestor municipal, o médico é transferido automaticamente ao Mais Médicos.

Desde que o MS criou uma via de acesso direto do Provac ao Mais Médicos, cresceu o número de médicos brasileiros que vem optando por migrar de modalidades e permanecer mais tempo na Atenção Básica. Para se ter ideia da magnitude desse fenômeno, o número dos que decidiram estender o tempo de atuação via incentivos do Governo Federal mais do que quadruplicou entre 2014 e 2016. Dos 3.040 médicos que concluíram o Provac em 2014, só 277 decidiram migrar. Em 2015, o número subiu para 890, mesmo que o de conluentes tenha se mantido quase igual (3.101). Já em 2016, o número de conluentes teve uma leve queda, enquanto o dos que optaram por se transferir ao Mais Médicos cresceu e chegou a 55% do total: foram 1.245 de 2.247 médicos.

Revelar quem são esses médicos e quais as motivações de uma atitude aparentemente tão inusitada, vinda de uma categoria reticente a qualquer decisão governamental que aparente subtrair a sua autonomia profissional ou interferir sobre o seu mercado de trabalho, poderá fornecer pistas para entender o desenho institucional que o MS adotou no caso do Provac e a relação deste com o Mais Médicos, cujo bem-sucedido “casamento” parece ter justamente dependido da criação de incentivos que contornassem a contrariedade da categoria médica sem deixar de atrair o interesse de seus membros. É sobre o perfil de médico que mais se interessa por esses programas e o modo como a estrutura de incentivos pode estar afetando sua decisão de permanecer por mais tempo na Atenção Básica que este artigo discorre a seguir.

Método

A pesquisa utilizou dados secundários, acessados mediante anuência da Coordenação Nacional do Programa Mais Médicos, vinculada ao DEPREPS/SGTES/MS, responsável institucional pela disponibilização dos bancos de dados, após assinatura prévia do Termo de Responsabilidade por parte dos solicitantes. Os dados foram produzidos pelo MS por meio de um *survey* para fins de monitoramento de seus programas.

Foi enviado um formulário eletrônico ao universo dos 1.245 participantes do Provac 2015 que solicitaram permanecer no Mais Médicos por meio do Edital nº 02/2016. Dos 1.245 médicos que tiveram acesso ao formulário, 477 o responderam. O questionário continha vinte perguntas, sendo 16 fechadas e quatro abertas. 11 perguntas fechadas traçaram o perfil sociodemográfico, de formação e de trajetória profissional dos médicos. Duas outras questões fechadas, referentes às razões para participar do Provac e para migrar ao Mais Médicos, continham opções de enumeração por ordem de prioridade, com exclusão da opção de neutralidade, e escalas de importância. As três restantes tratavam da avaliação do médico acerca de sua participação e se recomendaria ou não o Provac para outros médicos, que foram desconsideradas nesta análise.

Com relação às perguntas abertas, os respondentes podiam incluir comentários para justificar as perguntas fechadas referentes às razões dos médicos para ingressar no Provac, para migrar para o Mais Médicos e para recomendar ou não o programa para outros médicos. Havia, por último, uma pergunta específica para colher sugestões de melhoria dos programas de provimento. Pelo fato de o preenchimento das questões abertas não ser obrigatório, no conjunto dos 477 questionários obtidos, a pergunta referente ao Provac teve 109 comentários e a do Mais Médicos, 98.

Fez-se um cálculo para se certificar que a taxa de respostas permitiria inferências para o universo dos que tiveram acesso ao formulário. A taxa de respostas foi de 38,31% (n=477). Esse

número é representativo da população estudada, pois alcançou o valor mínimo para uma amostra estatisticamente representativa ($n=300$), considerando intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 3,62%.

Outra informação que se julgou importante avaliar foi se existia uma correlação entre os 477 respondentes e o universo de 1.245 participantes no que diz respeito a sua distribuição territorial, de acordo com os oito perfis de vulnerabilidade dos municípios definidos pelo Mais Médicos. A comparação objetivou certificar que as respostas exprimiam opiniões de médicos vivendo experiências profissionais em realidades tão díspares, como as que o Provac proporciona. Os dados referentes aos 477 médicos revelaram que estes foram alocados em 350 municípios situados nas cinco regiões do país. Os municípios foram então enquadrados nos perfis de municípios do Mais Médicos e o resultado foi comparado à distribuição dos 1.245 médicos nos mesmos perfis, certificando-se da forte correlação obtida desse cruzamento.

O método utilizado para análise dos dados quantitativos foi o estatístico descritivo e os resultados de frequência foram apresentados na forma de gráficos com respectivos percentuais, sendo utilizado o *software* SPSS para processamento estatístico das informações.

No que tange à análise dos dados qualitativos, as duas perguntas somadas geraram um conjunto de 207 respostas que foram lidas e categorizadas de modo indutivo em motivações de teor "pragmático", "entusiasta", "dedicado" e "idealista". Essas quatro categorias foram criadas a partir da análise do conteúdo das respostas, ressaltando que cada resposta podia ser enquadrada em uma ou mais categorias. As categorias, por sua vez, geraram subcategorias, classificadas de acordo com o teor dos argumentos usados para justificar as razões apontadas. Para exemplificar como foi feita a análise, reproduz-se abaixo a categorização de uma das respostas a respeito dos motivos que levaram o médico a ingressar no Provac, em 2015:

[além do curso de especialização] → Dedicção (categoria) → Pós-graduação (subcategoria)
[também há a vontade de participar ativamente no âmbito da Atenção Básica] → Entusiasmo (categoria) → Identificação AB (subcategoria) [estando mais próximo à população que mais necessita de atendimento] → Idealismo (categoria) → Equidade (subcategoria).

O Quadro 1 traz a descrição dos critérios usados para incluir as respostas nas respectivas categorias.

Quadro 1. Descrição do critério para inclusão das respostas nas respectivas categorias

Categoria	Descrição de motivações
Entusiasmo	Orientadas por interesses profissionais associados à Atenção Básica. Expressam-se em falas que revelam uma identificação e preferência por atuar nesta área, um desejo de acumular experiência profissional e de contribuir para qualificá-la. Ideia central: "vivência prática valoriza o médico que atua na Atenção Básica".
Pragmatismo	Baseiam-se em um cálculo em termos de custo-benefício para embasar a tomada de decisão. Há uma racionalização que justifica a adesão ao programa, expressa por falas que ressaltam os benefícios advindos dos incentivos ofertados pelo programa. Ideia central: "recompensas compensam eventuais ônus e responsabilidades de participar".
Dedicção	Decorrem de interesses ligados à oportunidade de se titular especialista, junto com a valorização do conhecimento e do aprendizado envolvido na participação em um programa que integra ensino e serviço e prevê tempo de estudo na carga horária semanal, inclusive para se preparar para as provas de residência médica. Ideia central: "dedicção aos estudos qualifica a atuação do médico".
Idealismo	Caráter altruísta, destacando-se uma preocupação com a questão dos efeitos que a iniquidade gera na saúde dos cidadãos. O médico é um sujeito ativo de transformação que deveria se engajar pessoalmente e se comprometer profissionalmente com a comunidade que atende e, ao fazê-lo, pode desencadear micromudanças nas práticas de Saúde e no modelo de formação médica que estejam mais sintonizadas com as diretrizes do SUS. Ideia central: "provocar mudanças sociais e políticas é inerente ao médico que atua na Atenção Básica".

Para fins de comparação, lançou-se mão de informações disponibilizadas pelo DEPREPS acerca do perfil dos médicos que optaram por migrar ao Mais Médicos após concluírem o Provac em 2014 e em 2015. Cabe ressaltar que o trabalho tem limitações em suas conclusões tanto pela natureza secundária dos dados quantitativos obtidos e fragilidade do instrumento usado para aferição das motivações quanto pelo baixo número de respostas às perguntas abertas; por isto a opção por explicitar o máximo possível os critérios adotados na análise dos dados qualitativos.

Resultados e discussão

1 Perfil dos médicos concluintes do Provac que migraram para o Mais Médicos em 2016

A análise dos dados coletados pelo MS por meio do formulário eletrônico revelou que esses programas atraíram predominantemente médicos jovens, ainda sem família constituída, recém-formados e com pouca experiência e formação profissional na Atenção Básica, mas dispostos a aprender mais sobre a área na prática. 72% dos médicos estavam na faixa etária dos 30 anos de idade, no momento da inscrição; e eram, em sua maioria, solteiros (69%), com até um ano de formados (61%). Coerentemente com a curta experiência profissional, 88% dos médicos não tinham feito nenhuma especialização antes do Provac e, entre os 55% que possuíam atuação anterior na Atenção Básica, 62% limitavam-se a um ano de atuação nessa área. Esses achados indicam que o Provac vem sendo encarado como uma alternativa atrativa de primeiro ingresso no mercado de trabalho, muitas vezes para que os profissionais possam atuar em, ou retornar para, suas regiões de origem após a conclusão do curso de Medicina; essas hipóteses são reforçadas com dados do *survey* discutidos nesta pesquisa.

No que concerne aos dados de raça/cor dos participantes, 41% destes são negros (pardos e pretos). Esse índice pode parecer baixo se comparado ao número de brancos, que são maioria (55%), cujo índice é inclusive superior ao detectado no Censo do IBGE de 2010 (48%). Porém, considerando que o alto número de brancos nos *campi* universitários brasileiros é uma situação mais comum quando se leva em conta os estudantes matriculados no curso de Medicina, que atinge 74%, segundo Ristoff¹⁰, enquanto pretos e pardos antes da Lei de Cotas alcançavam só 5,6% dos alunos em 2002¹¹, os 41% de pretos e pardos são, por certo, um percentual bastante expressivo. Esse alto índice verificado em um curso de graduação conhecido por recrutar um perfil branco e de alta renda, que geralmente é proveniente de uma família de médicos, é um indicativo de que as políticas de expansão e interiorização de vagas dos cursos de graduação em Medicina e de mudanças nas regras de acesso, com destaque para o acesso por cotas, têm permitido diversificar a origem socioeconômica dos egressos.

No que diz respeito à origem, quase metade dos participantes é proveniente da região nordeste (48%). Isso pode ser explicado pelo fato de o Provac tornar-se uma alternativa de trabalho que diversifica as opções de atuação profissional em uma região que tem menor oferta de vagas de residência médica e de emprego no setor privado, comparativamente às regiões sul e sudeste. Se essa hipótese parece se aplicar ao sul, deve, todavia, ser relativizada se estendida à região sudeste, pelo simples fato de que esta é a região que fornece o segundo maior número de participantes: 25% destes eram originários do sudeste; bem superior, portanto, aos números encontrados no centro-oeste (10%), norte (8%) e sul (8%) do país.

Já no caso do nordeste, que supera o índice do sudeste, os 48% podem ser atribuídos, em grande medida, ao incremento de 216% no número de cursos e de 152% no número de vagas de graduação em Medicina por instituições públicas e privadas de ensino superior, no período de 2000 a 2010, segundo dados do Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde (Sigras)¹². Mas, da mesma forma, essa hipótese deve ser relativizada, já que participantes provenientes da região norte foram apenas 8%, sendo que esta foi a região que teve o maior crescimento em números percentuais no Brasil entre 2000 e 2010, expressiva taxa de 375% no número de cursos e de 370%, no número de vagas em Medicina.

Uma linha de explicação para subsidiar esses dados seria o argumento de que o local onde os médicos cursam a graduação exerce influência sobre a decisão de onde irão trabalhar após formados e de que razões financeiras para um curso de longa duração constroem as chances de migração inter-regional, embora a unificação nacional de processos seletivos de acesso ao ensino superior venha estimulando essa migração. Isso ajudaria a explicar por que sudeste e nordeste estão à frente no número de participantes, já que são as regiões que têm o maior número absoluto de cursos de Medicina, somando instituições públicas e privadas¹².

Os dados acerca das motivações corroboram essa hipótese à medida que “a proximidade do domicílio de origem” foi tida como um fator “muito importante” por 45% dos respondentes quando questionados sobre as razões para migrar do Provac para o Mais Médicos, acima inclusive do “valor da bolsa”. Já para ingressar no Provac, 36% deram “prioridade 1” para a categoria “localização do município”, taxa que é ainda mais expressiva considerando que o Provac exige do médico que permaneça apenas um ano no município escolhido, e ainda assim os médicos consideraram a localização como importante critério de adesão.

Alguns estados das regiões nordeste e sudeste destacam-se quando analisados a origem, o local de graduação e a atuação desses médicos. O Ceará é a UF de onde se origina o maior número de participantes (12%, seguido de Minas Gerais, com 11%) e é onde estes mais escolhem atuar (12%, seguido pela Bahia, com 10%), enquanto Minas Gerais destaca-se como a UF onde os médicos mais concluem a graduação (13%, seguido pela Paraíba, com 10%).

Os resultados apresentados revelaram uma fotografia dos concluintes do Provac que solicitaram precedência em 2016, que não é discrepante dos referentes ao conjunto de 2.412 médicos que optaram pelo mesmo percurso desde 2014.

Ainda que o indicador de gênero dos participantes, se considerada a margem de erro, demonstre uma divisão por igual entre mulheres (52%) e homens (48%) da turma que solicitou precedência em 2016, os dados agregados do conjunto das edições permitiram verificar que já foi menor o número de homens à proporção de 10% (homens, 45%; mulheres, 55%); diferença que se encontrou diluída na turma que ingressou em 2015. Em números absolutos, os dados desde 2014 revelaram que permanecer no Mais Médicos tem atraído mais as mulheres. Esse vício de gênero deve, contudo, ser aplicado com cautela em inferências desta natureza, já que a maior procura pode ser fruto do maior número de mulheres formadas, conforme revela a tendência de “feminização” da Medicina no país, apontada na edição 2015 da Demografia Médica no Brasil, que traz que, considerando médicos com 29 anos ou menos, as mulheres já são maioria, atingindo 56,2%, contra 43,8% dos homens²; índices que são bem próximos aos encontrados no conjunto dos 2.412 médicos que solicitaram precedência.

A comparação entre os dados agregados e os referentes só a 2016, feita com base nos achados da Demografia Médica², aponta na direção de um incremento do número de médicos homens que têm se interessado em permanecer no Mais Médicos após o fim do Provac. Esse número cresceu de 2014 a 2016: 43,7% dos homens solicitam precedência em 2014, 44,8% em 2015 e 48% em 2016, mesmo que o número de médicas o supere sempre em termos absolutos em todas as edições no mesmo período. O fenômeno da “feminização” afeta também a competitividade entre gêneros pelas vagas de residência médica e sugere que, como decorrência dessa tendência, pode estar acontecendo um aumento relativo no número de mulheres que ingressam na residência, reorientando, ao menos no curto prazo, os rumos que médicos homens recém-formados dão a sua carreira. Em um cenário de acirrada competição no processo seletivo, o bônus de 10% concedido aos participantes que finalizam com sucesso o Provac é apontado nos dados quanti e qualitativos como um incentivo fundamental para adesão ao programa. E talvez o Mais Médicos passe a constar cada vez mais do rol de opções dos médicos para os que adiam o projeto profissional de fazer residência médica, assegurados os 10% para seleções futuras e o usufruto das horas semanais de estudo.

Já os dados que sinalizaram a ampla adesão dos cearenses ao Provac e sua posterior disposição de migrar para o Mais Médicos, discutidos anteriormente, ganham um reforço quando se analisam os dados de origem e local de graduação e atuação no Provac para o conjunto dos 2.412 médicos. O Ceará mantém-se como a UF onde nasceu o maior número de participantes e a que tem, considerando todas as edições, o maior número atuando pelo Provac, além de assumir a liderança como a UF na

qual os participantes mais concluíram a graduação, ficando Minas Gerais em segundo. Isso parece ser efeito das altas taxas de crescimento de vagas e de cursos de Medicina na região nordeste, mas também reflete a alta adesão de municípios cearenses nos anos iniciais do Provac.

Considerando faixa etária e tempo de formação dos participantes, dos 2.412 médicos, 78% tinham menos de 30 anos e 85% formaram-se em Medicina a partir de 2012, portanto, após o lançamento do Provac; o que indica que esses participantes tomaram conhecimento do programa quando ainda eram estudantes. Esse achado, em particular, reforça que o desenho institucional do Provac por meio de incentivos seletivos para atrair o perfil recém-formado foi bem-sucedido. Mas, afinal, o que tem motivado os médicos recém-formados a vislumbrar até sete anos, um de Provac e seis de Mais Médicos, de dedicação profissional à Atenção Básica?

Na próxima seção, discutem-se motivações que parecem estar por trás dessas escolhas. Como nem toda decisão é só pragmaticamente orientada, o bônus de 10%, garantido ao final do Provac, como já foi mencionado, mostrou-se um incentivo para aderir ao programa, mas não pode ser tido como um estímulo para migrar para o Mais Médicos e nem o único, pois, se o fosse, os concluintes do Provac não teriam razão para solicitar transferência ao Mais Médicos. Contudo, é justamente isso que vem acontecendo cada vez mais. E, ressalte-se, esses números ainda podem crescer, pois dados do MS dão conta de que, em média, 75% das escolhas na hora da inscrição têm sido na direção do Provac. É, portanto, nessa "modalidade com 10%" que se encontra um grande contingente de médicos brasileiros.

2 Motivações dos médicos concluintes do Provac para migrar para o Mais Médicos

Apresentam-se, nesta seção, os dados que resultaram das questões fechadas sobre as motivações dos médicos para ingressar no Provac e migrar ao Mais Médicos, sistematizados nas figuras 1 e 2.

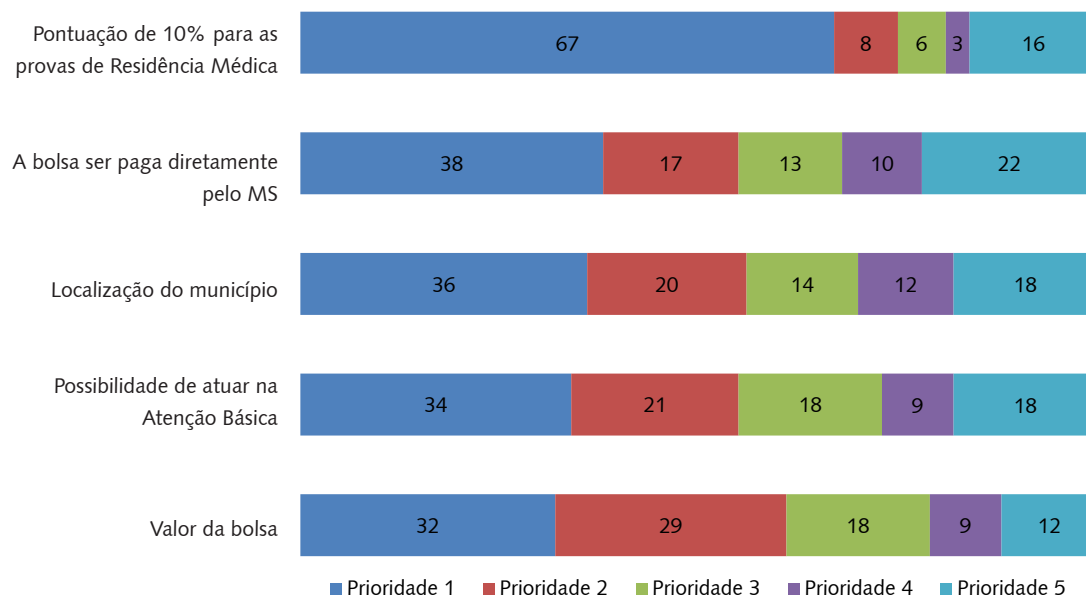


Figura 1. Razões que levaram o médico a participar do Provac

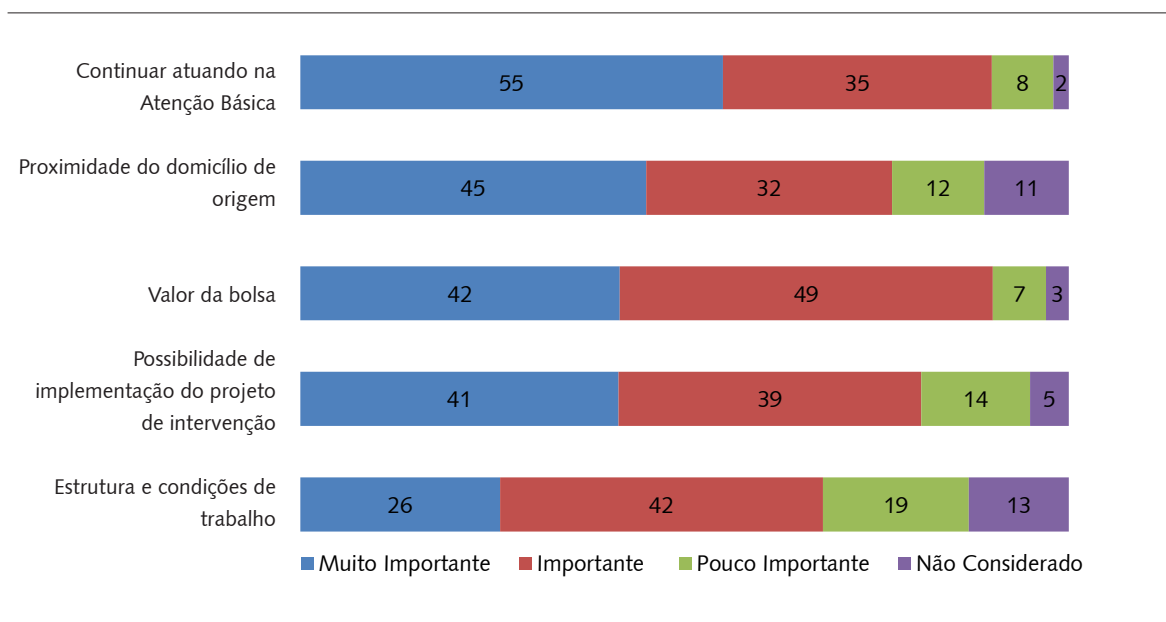


Figura 2. Razões que levaram o médico a solicitar a precedência

Embora todos os itens tenham se mostrado relevantes para a decisão de participar do Provac, o bônus de 10% para as provas de residência médica desponta como a principal razão para aderir ao programa, alcançando percentual de 74% de prioridade 1 e 2, somadas. Os comentários adicionais feitos na respectiva pergunta aberta reforçaram este achado, pois os respondentes fizeram questão de ressaltar a relevância deste fator, mesmo já constando como uma das opções avaliadas na pergunta fechada.

Considerando a categorização que se adotou na análise dos comentários, evidenciou-se que, de modo agregado, o teor das motivações inverteu-se quando se consideraram as razões dos médicos para ingressar no Provac e para migrar ao Mais Médicos. Quando o que esteve em jogo foi comentar livremente as razões dos médicos, cujo perfil é formado em sua maioria por recém-egressos, para aderir ao Provac, as duas categorias que são mais genéricas e que têm menos relação com a Atenção Básica, que são "pragmatismo + dedicação", atingiram 62% das menções, enquanto as que são mais fortemente relacionadas à Atenção Básica, "entusiasmo + idealismo", alcançaram juntas só 39%. Os achados do questionário corroboram esse resultado, pois a "possibilidade de atuar na Atenção Básica" ficou em quarto lugar como prioridade 1 (34%), atrás de razões pragmáticas que tiveram destaque, estando a "pontuação de 10% para as provas de residência médica" com 66% de prioridade 1. Caso se somem prioridades 1 e 2, o "valor da bolsa" – então em quinto lugar quando se considera apenas a prioridade 1, logo após "a possibilidade de atuar na Atenção Básica" – acaba por superar esta com uma margem de 5% a mais. Trata-se de um forte indício de que o médico que sai quase diretamente dos bancos escolares para entrar no Provac não o faz, de modo geral, por causa de uma identificação com a área da Atenção Básica e/ou com as demais frentes de atuação do SUS ou porque a breve experiência com a área o tenha estimulado.

Afinal, sem que categorias alheias à Atenção Básica percam espaço nas motivações, o interesse na Atenção Básica ganha nitidamente peso e novas cores nas motivações para os médicos solicitarem precedência, por meio tanto do crescimento relativo das categorias que lhe dizem respeito quanto da multiplicação e diversificação das subcategorias: "continuar atuando na AB", "vínculo com a comunidade", "trabalho em equipe", "identificação AB", "qualificar a atenção", "mais experiência"

e “boa relação com a gestão”. Após os médicos vivenciarem o Provab por um ano, verifica-se que “entusiasmo + idealismo” superam as outras duas em expressivos 20%. No questionário, “continuar atuando na Atenção Básica” alcança 55% de motivação “muito importante”, despontando em primeiro lugar proporcionalmente às demais, o que, junto ao índice de 41% de “muito importante”, da “possibilidade de implementação do projeto de intervenção”, revela que aumentou a identificação e o comprometimento com a Atenção Básica entre os médicos que vivenciaram o programa durante um ano, após terem experienciado a Atenção Básica na prática. Mas vale ressaltar que os percentuais de “entusiasmo + idealismo” com relação ao Mais Médicos (60%) não superaram os de “pragmatismo + dedicação” que os médicos sinalizaram inicialmente como motivações para ingressar no Provab (62%), nem são irrelevantes os 40% de “pragmatismo + dedicação” dos que solicitaram precedência. A Tabela 1 traz as categorias e subcategorias sistematizadas.

Tabela 1. Categorização dos comentários feitos livremente pelos participantes com relação aos motivos para ingressar no Provab e para solicitar precedência

Motivações para ingressar no PROVAB				Motivações para solicitar precedência				
Categoria	Subcategoria	N	%	Categoria	Subcategoria	N	%	
ENTUSIASMO	Identificação AB	27	54	ENTUSIASMO	Continuar atuando na AB	38	39	
	Identificação MFC	1	2		Vínculo com a comunidade	16	16	
	Experiência	16	32		Trabalho em equipe	16	16	
	Qualidade da atenção	6	12		Identificação AB	10	10	
					Qualificar a atenção	9	9	
	Total	50	28		Mais experiência	7	7	
PRAGMATISMO	10% Residência	19	28	PRAGMATISMO	Boa relação com a gestão	2	2	
	Estabilidade/bolsa paga pelo MS	16	24		Total	98	53	
	Localização município	15	22		PRAGMATISMO	Estabilidade/bolsa paga pelo MS	19	32
	Conveniência profissional	7	10			Conveniência profissional	11	18
	Valor da bolsa	7	10			Resultados positivos alcançados	9	15
	Incentivos e vantagens ofertados	4	6			Boas condições de trabalho	6	10
						Valor da bolsa	6	10
			Não ter interesse ou aprovação na RM	3		5		
			Valorização profissional	3		5		
	Total	68	38	Preparação RM	1	2		
DEDICAÇÃO	Pós-graduação	31	72	DEDICAÇÃO	Incentivos e vantagens ofertados	1	2	
	Aprendizado	12	28		Apoio do supervisor	1	2	
					Total	60	33	
IDEALISMO				IDEALISMO	Colocar o aprendizado em prática	6	46	
	Mudança modelo de atenção	8	42		Aprendizado	4	31	
	Equidade	6	32		Pós-graduação	3	23	
	Mudança formação médica	4	21		Total	13	7	
	Defesa SUS	1	5		Equidade	5	38	
	Total	19	11		Mudança modelo atenção	4	31	
TOTAL GERAL				TOTAL GERAL	Comprometimento com a comunidade	3	23	
					Mudança formação médica	1	8	
		180	100		Total	13	7	
					TOTAL GERAL	184	100	

A fim de refinar os achados discutidos, fez-se uma análise complementar para se averiguar como resultaria a categorização, caso fossem considerados apenas os comentários dos mesmos médicos acerca tanto das razões para aderir ao Prowab quanto para migrar para o Mais Médicos. Do total, 69 médicos teceram comentários para ambas as perguntas, resultando em 122 categorias na primeira e 127 na segunda, o que permite a comparação. Com referência ao Prowab, “pragmatismo + dedicação” perfizeram 56% do teor dos comentários feitos; já “entusiasmo + idealismo”, os demais 44%. O efeito invertido é então potencializado quando se trata das motivações para ir para o Mais Médicos, pois “entusiasmo + idealismo” perfizeram, então, 65% do teor dos comentários, enquanto “pragmatismo + dedicação” só 35%. O mesmo médico que tinha dado razões pragmáticas para aderir as manteve, agora sem os 10%, como motivação para continuar no Mais Médicos, porém, dobrou o entusiasmo que passou a ter pela Atenção Básica, após vivenciar um ano de Prowab.

Considerações finais

O típico provabiano que permaneceu no Mais Médicos em 2016 é uma jovem mulher nordestina solteira autodeclarada branca ou parda que não descende de uma família de médicos. Ingressa no programa tendo uma breve trajetória profissional e encara a experiência muito como uma possibilidade de continuar os estudos e de aprender o “sentir-se médica” na prática. O Prowab contém um forte caráter formativo na sua essência e é, dessa forma, assimilado por seus participantes. Indecisos sobre os rumos que darão à carreira, arduamente conquistada, os participantes não vêem o programa somente como um trampolim para a residência médica, mas vivem as contradições entre os apelos de um mercado de trabalho aquecido e atrativo do ponto de vista financeiro a demandar especialização e a dramática situação de saúde de parte expressiva da população que exige comprometimento, mesmo atuando em precárias condições. Se incentivos eram fortemente necessários para compensar eventuais ônus da participação no início, a decisão de permanecer dá sinais de comprometimento e dedicação, momento em que muitos médicos optam por dar continuidade a seu projeto de intervenção de saúde no território, muitas vezes em atenção a clamores de uma população com histórico de abandono por parte das políticas públicas e preterida de cuidados médicos elementares.

Em se tratando dos incentivos próprios do Prowab, o bônus de 10% assume não apenas a condição de chamariz momentâneo de atratividade por excelência – o que, de fato, ele é – como serve para fomentar a expansão no médio e no longo prazo de especialistas em áreas definidas como prioritárias pela política de Saúde, e o faz à medida que o MS restringe o uso do bônus às residências ditas de acesso direto, que possuem escassez de especialistas. Os que optam por migrar, se já contam com o bônus de 10% para tentar ingressar em uma residência médica, anseio profissional tão comum à categoria médica, parecem dispostos a postergá-la, momentaneamente, em prol do Mais Médicos, ou pelo menos até que seja aberto um novo processo seletivo de seu interesse no qual venha a ser aprovado.

O atual desenho institucional do Prowab e do Mais Médicos os divide, essencialmente, em modalidade “com 10%” e “sem 10%”, respectivamente, que se refere à pontuação extra para as provas de residência médica. A manutenção dos “10%”, bem como a sua não inclusão no desenho do Mais Médicos, refletem o imenso investimento institucional, orçamentário e de articulação política que o MS vem fazendo, desde 2011, para atrair médicos recém-formados ao Prowab, que são um público-chave de mudança nas práticas de Saúde no longo prazo por sua suposta maior maleabilidade profissional; mas sem apostar somente neste perfil para dar sustentabilidade aos programas. Afinal, atrair médicos com mais tempo de profissão e mais experiência acumulada na Atenção Básica é estratégico para familiarizá-los com a ideia de que possam vir a tornar-se supervisores, tutores ou preceptores destes mesmos programas ou de outros, destinados a mudar a formação médica com base na integração ensino-serviço.

Baseando-se nas análises feitas, sustenta-se que a mudança feita pelo MS, a partir de 2014 e consolidada nos anos seguintes, que permite uma dinâmica migratória dos conluíntes do Prowab diretamente ao Mais Médicos, vem tornando o primeiro uma via de acesso alternativa para médicos

recém-formados ao segundo. Sem passar por nova seleção, exceto validação do gestor municipal, o Mais Médicos não fecha a sua porta a jovens recém-formados. Estes podem aderir, se assim o desejarem, pois não há regras que imponham atuação profissional pregressa como pré-requisito, ainda que a experiência na Atenção Básica seja valorizada no processo seletivo. No entanto, decidir ingressar diretamente no Mais Médicos para viver, por tantos anos e em lugares que soam pouco atrativos, parece ser extremamente difícil para jovens recém-egressos da formação acadêmica. O Provac serve, portanto, como porta de entrada.

No papel de mediador da relação entre gestor local e profissional médico, o Governo Federal foi certeiro ao construir uma “ponte” que leva do Provac ao Mais Médicos, que vem diminuindo, significativamente, a quantidade de vagas que, mais do que ociosas, são danosas a um contingente enorme de cidadãos e cidadãs tão desassistido de cuidados básicos de saúde. Tudo somado, programas governamentais cumprem um papel decisivo para pender a balança para o social e fazer frente aos apelos do mercado quando conseguem dar o apoio e o suporte necessários para que as médicas e os médicos não se sintam sozinhos neste percurso de tantas inseguranças e incertezas permeando suas escolhas profissionais, presentes e futuras.

Colaboradores

Todos os autores participaram ativamente da redação, análise e discussão dos resultados e aprovação da versão final do trabalho.

Agradecimentos

Agradecemos ao DEPREPS, em especial a Felipe Proença de Oliveira, Grasiela Damasceno, Felipe Santos, Sidlei Queiroga, Tiago Storni e Érika Siqueira.

Referências

1. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Scheffer M, Coordenador. Demografia Médica no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva; Faculdade de Medicina; Universidade de São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2015.
3. Capozzolo AA. No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.
4. Maciel Filho R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
5. Nunes M, Michel J. Iniciativas educacionais relacionadas ao provimento e fixação de médicos no SUS: Graduação e Residência Médica como fatores de fixação de médicos. In: Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade; 2011; Brasília. Brasília: MS; 2011.
6. Alessio MM, Sousa MF. Análise da implantação do programa mais médicos. [dissertação]. Brasília: Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília; 2015.

7. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface (Botucatu) [Internet]. 2013 [citado 25 Feb 2016]; 17(47):913–26. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84893084202&partner>
8. Pacheco RM, Favoreto CAO. Médicos na atenção primária a saúde as relações entre a formação e a prática do cuidado no cotidiano da APS 'Um estudo de caso a partir do PROVAB. Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
9. Campos F, Pierantoni C, Machado M. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. Cad RH Saúde [Internet]. 2006 [citado 25 Feb 2016]; 3(1):13-29. Disponível em: <http://scholar.google.com>
10. Ristoff D. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. Avaliação Rev da Avaliação da Educ Super [Internet]. 2014; [citado 25 Feb 2016]; 19(3):723–47. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772014000300010>
11. Pinto PGHDR. Ação afirmativa, fronteiras raciais e identidades acadêmicas: uma etnografia das cotas para negros na UERJ. In: Feres Júnior J, Zoninsein J, editores. Ação afirmativa e universidade: experiências nacionais comparadas. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 2006. p.136-66.
12. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Instituto de Medicina Social. Estação de Trabalho. Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde – SIGRAS [Internet]. 2016 [citado 10 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/sigras/>

Araújo CA, Michelotti FC, Ramos TKS. Programas gubernamentales de provisión: perfil y motivaciones de los médicos que migraron del Programa de Valorización del Profesional de la Atención Básica (Provab) para el Más Médicos en 2016. Interface (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1217-28.

El Programa de Valorización del Profesional de la Atención Básica (Provab) y el Programa Más Médicos son estrategias diferentes adoptadas en paralelo por el Ministerio de la Salud para enfrentar la falta de médicos en la Atención Básica del Sistema Brasileño de Salud (SUS) que convergen en el objetivo de atraer a brasileños para que actúen en áreas vulnerables del país. Este artículo analiza el perfil y las motivaciones de los egresados del Provab que migraron para el Más Médicos en 2016. Se utilizaron datos secundarios del MS de una survey de monitoreo del Provab. Los resultados señalan que el Provab atrajo a recién egresados de medicina y dan indicios de que el bono del 10% ofrecido a los que lo concluyen ha convertido al Provab en una vía alternativa de acceso al Más Médicos para médicos con poca experiencia e indecisos sobre los rumbos profesionales, pero que demuestran un entusiasmo creciente con relación a la Atención Básica.

Palabras clave: Provab. Precedencia. Más Médicos. Atención Básica.

Submetido em 08/11/2016. Aprovado em 12/06/2017.

O cuidado nutricional por estrangeiros no Projeto Mais Médicos para o Brasil

Amanda Massi Soares^(a)
Juarez Pereira Furtado^(b)

Soares AM, Furtado JP. Nutritional care by foreigners in More Doctors for Brazil Project. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1229-40.

We aim to investigate the influence of different sociocultural origins in both Cuban physicians participating in More Doctors for Brazil Project and Brazilian patients' diet and nutrition approach in primary health care services. The case study was made using triangulation method, ethnography, focus groups and interviews. It was applied Pierre Bourdieu's theoretical approach, in particular, the *habitus* (i.e. social and cultural origin) concept. The results showed that the diet and nutrition guidelines are highly influenced by the biomedical paradigm, attenuating possible influences of the *habitus*.

Keywords: More Doctors for Brazil Project. *Habitus*. Nutrition. Bourdieu.

Investigamos a influência da distinta origem sociocultural de médicos cubanos inseridos no Projeto Mais Médicos para o Brasil e de pacientes brasileiros em questões relativas à abordagem alimentar e nutricional em serviços de Atenção Básica. Realizou-se estudo de caso com triangulação por meio de etnografia, grupos focais e entrevistas. Utilizou-se o referencial teórico elaborado por Pierre Bourdieu, em especial o conceito de *habitus*. Os resultados demonstraram que a orientação alimentar e nutricional realizada é influenciada predominantemente pelo paradigma biomédico, atenuando eventuais influências do *habitus* cultural de origem.

Palavras-chave: Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Habitus*. Nutrição. Bourdieu.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde, Laboratório de Avaliação de Programas e Serviços (LaborAl), Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo. Rua Silva Jardim, 136. Vila Matias. Santos, SP, Brasil. 11015-020. amanda.massi@outlook.com

^(b) Laboratório de Avaliação de Programas e Serviços (LaborAl), Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo. Santos, SP, Brasil. juarezfurtado@outlook.com

Introdução

Um conjunto de iniciativas destinadas a ampliar o acesso ao cuidado médico na Atenção Básica, adequar a infraestrutura da rede pública nacional de Saúde, reestruturar a graduação e residência em Medicina e prover médicos em áreas com baixa ou nenhuma presença desses profissionais surge a partir de 2013, sob a denominação de Programa Mais Médicos (PMM), sendo o componente de provisão emergencial desses profissionais conhecido como Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)¹. O debate em torno do PMMB ocupou significativo espaço na agenda política da sociedade brasileira por ocasião de sua implementação. Porém, o fez de forma especialmente polarizada e negligenciando pontos centrais da proposta. Estudo conduzido por Luz et al. sobre o conjunto de reportagens de mídia impressa de circulação nacional sobre o PMM demonstra a desconsideração, por parte da cobertura jornalística, dos objetivos da lei que instituiu o programa, ilustrando com essa parcialidade em publicação de alcance geral um dos entraves que comprometeu a oferta de subsídios efetivos da sociedade mais geral no debate do programa e do projeto².

As contribuições do campo científico inexoravelmente demandam mais tempo e só recentemente passou-se a contar com as primeiras contribuições por meio da publicação de ensaios e pesquisas empíricas em torno do PMM e do PMMB. Congruente com a conformação específica da Saúde Coletiva brasileira, caracterizada pela interseção entre os campos científico e burocrático³, o debate ainda inicial na literatura especializada tem sido ocupado por agentes inseridos na gestão do Sistema Único de Saúde, por meio do qual estabelecem interlocuções com acadêmicos, relativizando a proposta em relação ao contexto internacional⁴ ou para argumentar sobre eventuais equívocos desta⁵.

O debate sobre questões nucleares do PMM e PMMB – como a formação médica, cobertura e acesso na Atenção Básica, entre outras – e a análise dos efeitos alcançados em torno destas deverá se expandir nos próximos meses, conforme se pode depreender a partir de seminário conduzido pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)⁶. No entanto, não se deve prescindir de abordar outros aspectos relevantes além da formação, da cobertura e do acesso e que também compõem o programa e podem interferir significativamente em seu desenvolvimento. Nesse sentido, indagamos em que medida a formação sociocultural, política e econômica distintas dos médicos expatriados inseridos no PMMB em relação à clientela, composta majoritariamente por brasileiros, poderia influenciar a compreensão, prescrição e conduta face às questões consideradas corriqueiras, como seria o caso das práticas alimentares.

A crescente importância das condições crônicas na Atenção Primária em Saúde e as diretrizes de promoção e prevenção vêm colocando em destaque o papel da alimentação e nutrição na Atenção Básica⁷. Nesse contexto, uma das dificuldades encontradas por profissionais para o cuidado nutricional é a frequente percepção dos problemas alimentares como circunscritos ao plano factual, além de conflitos entre conhecimentos teóricos e a prática⁸. As duas dificuldades destacadas, que podem ser entendidas como predominância da prática empírica para orientar condutas ligadas à alimentação⁶, são decorrentes da proximidade entre alimentação e cultura, pois inevitavelmente todos estamos expostos desde o nascimento às questões que perpassam a constituição de nossos hábitos alimentares. Os laços entre aspectos culturais e práticas alimentares vêm sendo abordados sistematicamente, havendo autores que chegam a considerar o surgimento de um novo e específico campo científico na área no Brasil, relativo à alimentação e à cultura⁹.

Diante do exposto, buscamos investigar as possíveis interferências da origem cultural distinta de médicos estrangeiros integrantes do PMMB sobre a compreensão das práticas alimentares e os desdobramentos desses aspectos na abordagem nutricional. A partir de um estudo de caso, analisamos os aspectos culturais presentes na interação entre agentes de nacionalidades distintas do PMMB e possíveis influências nas ações de cuidado em Saúde na Atenção Básica, com foco na orientação nutricional. As informações geradas foram analisadas com base na sociologia de Pierre Bourdieu, especialmente no conceito de *habitus*.

Habitus e histerese de médicos expatriados

O conceito de *habitus*, central no pensamento de Pierre Bourdieu (1930-2002), sociólogo francês, representa o social inscrito no corpo de cada agente, estruturando maneiras de pensar, agir e sentir dos indivíduos, considerando o suporte biológico dos processos sociais; ou seja, o conceito manifesta-se de maneira cognitiva e corpórea, a *hexis* representa as posturas corporais, o modo de falar e a vestimenta¹⁰. Dito de outro modo, o *habitus* é um sistema durável de disposições pessoais, adquiridas ao longo do processo de socialização, o que faz parecer peculiares gestos, postura corporais, valores, gostos, entre outros, quando, na verdade, tais características foram introjetadas no processo de socialização, a partir da família e do meio social de origem¹¹. Concebido como uma matriz de percepções e apreciações geradas pelas trajetórias individuais a partir das condições sociais de existência, o *habitus* é simultaneamente estruturado pela sociedade e estruturante a partir do agente. Ainda que produto de condicionamentos históricos e sociais, o *habitus* é também produtor de ações não mecânicas ou predeterminadas, podendo se adaptar à lógica de um novo campo social no qual eventualmente se encontre um dado agente^{12,13}.

Para Bourdieu, o agente e as estruturas sociais interagem entre si, formando um imbricado sistema de relações¹⁴. Dessa forma, por meio da noção de *habitus*, Bourdieu procura superar a polarização presente na díade estabelecida nas posições objetivista e fenomenológica ou entre fenomenologia e estruturalismo. Em sua praxiologia, Bourdieu busca ao mesmo tempo considerar e ir além da fenomenologia – centrada na experiência de mundo pelo agente, desconsiderando as efetivas condições de possibilidades – e do estruturalismo, que rejeita os agentes dotados de intenção como reprodutores dessas mesmas estruturas.

A praxiologia, proposta pelo sociólogo francês, é definida pela superação da restrita análise das produções e reproduções sociais centradas em seus produtos (*opus operatum*) em direção à abordagem do processo envolvido nessas mesmas produções (*modus operandi*), permitindo compreender mais profundamente a produção da ordem social como integrada simultaneamente pela criatividade do agente individual e pelo condicionamento das estruturas coletivas^{15,16}.

O ato de se alimentar representa uma atividade cotidiana referenciada pelo *habitus*, que atua como um operador prático capaz de aplicar condutas mnemonicamente associadas à alimentação, influenciado pela inventividade e criatividade dos agentes. Os hábitos alimentares, bem como as práticas em saúde relacionadas à alimentação, correspondem não só a um código econômico ou utilitário, mas principalmente simbólico^{17,14,18}. Para Freitas, Minayo e Fontes¹⁹, o *habitus* alimentar corresponde a costumes estabelecidos culturalmente por gerações, construído no âmbito familiar e comunitário, compartilhado e atualizado em outras dimensões da vida social. O conceito, portanto, permite abordar aspectos relacionados às práticas alimentares por meio da objetivação de aspectos sociais manifestados individual e subjetivamente, como gostos e preferências que constituem estratégias de formação da identidade²⁰.

No caso de médicos expatriados do PMMB, seus *habitus* não encontram as mesmas condições objetivas de origem. Nesse caso, a relativa inércia do *habitus* dificulta a pronta adaptação ao novo contexto, caracterizando a chamada histerese, que constitui-se na defasagem entre o *habitus* antigo em relação às novas condições, representadas por um novo país, uma outra classe social ou um novo campo. Desta forma, a resposta a um novo ambiente significativamente diferente será, *a priori*, função da interpretação de experiências já assimiladas no *habitus* primário desse agente²¹. Neste sentido, o processo de imigração exige adaptações a um novo campo, bem como a reflexão acerca das disposições adquiridas quando confrontadas em novo ambiente social, podendo influenciar a relação estabelecida entre detentores de *habitus* distintos.

No presente estudo, consideramos a constituição das cozinhas²² como forma de objetivar o *habitus* e compreender eventual processo de histerese decorrente da imigração realizada por médicos estrangeiros – no caso, cubanos – para o Brasil, tendo como foco suas práticas alimentares em sua cultura original e suas repercussões no trato com pacientes brasileiros.

As cozinhas cubana e brasileira representam espaços sociais nos quais agentes instituem ações práticas sobre a alimentação, como o gosto, saberes e tabus. Além disso, a cozinha como um sistema

de referência e parte essencial do *habitus* alimentar produz códigos incorporados pelos agentes e possibilita a compreensão de aspectos macrosociais e políticos relacionados à produção e à aquisição de alimentos²³. Cuba e Brasil apresentam semelhanças em relação à constituição de suas cozinhas, dadas as influências da colonização por países da Península Ibérica e da África confrontadas pela população aborígine, resultando na adaptação e incorporação de novos elementos à cozinha de origem e para a criação de um novo sistema alimentar²³.

Nas últimas décadas, Brasil e Cuba diferenciaram substancialmente os sistemas alimentares, uma vez que a disseminação das indústrias transnacionais de alimentos provocou mudanças importantes na alimentação dos brasileiros, elevando o consumo de alimentos ultraprocessados²⁴. Já em relação a Cuba, a crise econômica do período de 1989 a 1993 e o fim da União Soviética provocaram a diminuição drástica da importação de alimentos. No entanto, a criação do Mercado Agropecuário e da Unidade Básica de Produção Agrícola, em Cuba, incentivou e garantiu a segurança alimentar da população por meio da produção própria de alimentos, sem o uso de defensivos agrícolas^{25,26}.

No que tange aos sistemas de saúde dos dois países, pano de fundo das questões aqui levantadas, há convergências e distanciamentos entre ambos. Cuba representa o primeiro país socialista da América Latina, estabelecido em 1959, e a Medicina cubana integra historicamente elemento crucial na radical transformação do Estado²⁷. O sistema de saúde cubano baseia-se nos princípios de equidade, acesso e reconhecimento do caráter estatal e social da Medicina, dirigido para as ações de promoção e prevenção de saúde e garantido cobertura a 99% da população²⁸. A formação e exercício da Medicina em Cuba têm significativo componente relacionado à ajuda internacional e à humanização do cuidado²⁹, atendendo populações de distintos países. Essa internacionalização da atuação de médicos cubanos influencia a criação de *habitus* específico de profissionais do país.

O projeto nacional de Saúde cubano representa parte essencial da política social do país, buscando garantir universalidade, equidade, acesso e integralidade, por meio da gestão do Ministério de Saúde Pública²⁸. O Sistema Único de Saúde brasileiro, embora inserido no contexto de um sistema político e econômico distinto³⁰, foi concebido com o propósito de contemplar esses mesmos princípios e diretrizes³¹.

O encontro entre profissionais oriundos de sistema cultural, político e administrativo significativamente distinto da clientela brasileira e suas repercussões no trato de necessidades e demandas em Saúde que tangenciam aspectos nutricionais, objetivados com base nas noções de *habitus* e histerese, serão a seguir analisados.

Método

Realizamos um estudo de caso, caracterizado pela análise em profundidade, levando-se em conta o ambiente, os agentes e suas interações³². O levantamento de informação foi triangulado³³ por meio da observação³⁴, grupos focais³⁵ e entrevistas³⁶. Os trabalhos de campo foram desenvolvidos em um município paulista de 120 mil habitantes aproximadamente, cuja economia estrutura-se em torno de polo petroquímico da Petrobrás. O município possui seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e 11 segundo a Estratégia Saúde da Família. O município recebeu quatro profissionais médicos cubanos por meio do PMM³⁷. A definição do município e do território no qual se insere a USF acompanhada se deu por meio de amostra intencional, uma vez que identificamos ali condições próximas àquelas que justificam o PMMB: escassez e/ou rodízio de profissionais médicos anteriores à vinda dos profissionais do projeto e apresentação significativa de vulnerabilidade social e violência. A abertura da equipe em geral e do médico a ser acompanhado, em especial, representou fator que se agregou aos demais nessa definição.

O grupo focal permite compreender o processo de formação da percepção sobre um determinado tema por um grupo específico, tendo sido realizado no início do percurso metodológico para subsidiar o trabalho etnográfico realizado posteriormente. Foram conduzidos dois grupos focais, na cidade de São Paulo, compostos por dez participantes no primeiro e oito no segundo, ambos com igual número de homens e mulheres, todos médicos, cubanos e ligados ao PMMB. Os dois grupos focais

foram concebidos para avaliar um curso de especialização obrigatório aos integrantes do PMMB, e pudemos agregar questões de interesse da presente pesquisa por meio de nossa participação direta na coordenação desses mesmos grupos focais. As principais questões discutidas foram: mudanças na alimentação em decorrência da imigração, conduta para quadros de hiperglicemia em pacientes diabéticos, obesidade, hipertensão, os desafios para estimular o aleitamento materno e crenças sobre a alimentação em Cuba e no Brasil.

A observação é uma técnica oriunda da etnografia, baseada na vivência em campo e produção de diário do pesquisador. Foram realizadas 132 horas de levantamento etnográfico, no período entre março e abril de 2015 em uma USF, por meio do acompanhamento das consultas médicas realizadas por um profissional oriundo de Cuba, gerando quarenta páginas de anotações em diário, sobretudo relativas à rotina na unidade de trabalho, aos atendimentos, aos diálogos entre pesquisadora e médico e aos relatos de pacientes consultados.

Foram feitas entrevistas com usuários da unidade de modo a captar suas percepções sobre os atendimentos realizados por um médico estrangeiro e as possíveis divergências e entendimento em relação ao tratamento realizado. As entrevistas, também relacionadas à etnografia, foram realizadas com pacientes em sala de espera. Abordamos todos os usuários que esperavam para serem atendidos pelo médico acompanhado na observação e foram feitas as seguintes perguntas a cinco entrevistados: O seu tratamento com o médico envolve alguma questão de alimentação? Você notou alguma diferença em relação a um atendimento feito por um médico brasileiro? Você acredita que as orientações são adequadas à sua realidade? Ao que você tem acesso e com o que costuma comer? Você aderiu às orientações realizadas? Houve restrição de algum alimento?

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética, com o número do parecer 921.169, em 23 de dezembro de 2014.

Resultados

Os médicos cubanos apresentam características de miscigenação semelhantes às da população atendida, como a cor da pele, o cabelo e os traços do rosto. Em relação à vestimenta, os médicos trajavam roupas esportivas muito próximas dos pacientes, enquanto os profissionais brasileiros utilizavam vestimentas formais. As expressões corporais demonstram receptividade, como a postura ereta e contato visual constante com os pacientes.

Os profissionais manifestaram estranhamento em relação ao hábito disseminado na sociedade brasileira atual de alimentar-se fora de casa, incluindo as principais refeições. Salientaram a diversidade de opções em relação ao seu país de origem, bem como o uso excessivo de óleo de cozinha no preparo dos alimentos em nosso país. Para os médicos intercambistas, esse conjunto de fatores determinou alterações físicas neles próprios, constatadas pelo aumento de peso e dos níveis sanguíneos de triglicérides logo nos primeiros meses de ingresso no Brasil.

Em meu país morei 48 anos. Nunca tive colesterol alto e nem triglicerídeos alto [mesmo] comendo carne de porco. Cheguei ao Brasil e já estou com tudo alto. [...] Geralmente aqui se come muito na rua e como não dá pra fazer o que a gente quer fazer... Então essa comida de rua é muito gordurosa e com excesso de tudo. (Médico 3)

Experiências internacionais prévias, relatadas por todos os participantes do estudo, foram fatores facilitadores da adaptação dos médicos do ponto de vista alimentar no Brasil, colaborando para que pratos típicos do país de origem pudessem ser aqui reproduzidos ou adaptados. Os momentos de especial contato e trocas entre esses médicos e o entorno social imediato – via de regra, composto por integrantes de suas equipes de trabalho – dava-se por meio de pequenas festas nas quais contava-se com pratos de ambos os países. Tais reuniões favoreceram uma primeira aproximação entre os médicos expatriados e os hábitos alimentares de certo segmento da sociedade brasileira, no caso, de trabalhadores não médicos das unidades básicas.

Durante as consultas, pode-se perceber que o significativo número de pacientes com sobrepeso chamou a atenção do médico acompanhado. Para esse profissional, as condições econômicas da população atendida, atreladas à ostensiva propaganda de alimentos e à ausência de nutricionista nas equipes, seriam as principais causas do frequente sobrepeso e da obesidade constatados.

Aqui temos muitos pacientes obesos, no Brasil tomam muito refrigerante, em Cuba tomamos água [...] tem muita propaganda também, toda hora passando. (Médico 1)

As orientações nutricionais realizadas, via de regra, objetivavam a perda de peso por meio de condutas restritivas a alimentos ricos em carboidratos e gorduras. A preocupação com a adequação do peso corporal era sensivelmente maior com as mulheres grávidas, que eram sistematicamente pesadas nos exames pré-natais. As orientações pautavam-se na observação do intervalo entre refeições (“comer de três em três horas”) e na escolha correta dos alimentos, mas sem especificá-los (“comer com qualidade, não em quantidade”). O refrigerante representa o único produto ultraprocessado recorrentemente considerado nas orientações nutricionais. Não se observaram considerações de qualquer natureza relativas a alimentos ultraprocessados além dessa bebida. Segundo o médico acompanhado, o refrigerante constituiu produto comum em seu país, cuja presença antecede a Revolução Cubana.

O médico explicou que o refrigerante em Cuba era comum como no Brasil até o período pós-Revolução, em suas palavras: refrigerante é muito caro em Cuba, mas quando eu era criança tomava, porque é importado, então depois da Revolução passou a ser mais caro e agora bebemos água. (Diário de campo, 18/03/2015)

A assertividade constitui um traço marcante na relação do médico observado, principalmente no manejo de problemas alimentares, pressupondo efetiva responsabilização dos pacientes por seus problemas e considerando as limitações de terapêutica exclusivamente medicamentosa. Eventuais dificuldades de adesão às mudanças alimentares prescritas eram interpretadas como uma questão de cunho pessoal.

Para esses médicos, o atendimento individualizado realizado por nutricionista contemplaria os aspectos subjetivos e psicológicos necessários às mudanças de hábitos alimentares.

Eu acho muito importante ter uma nutricionista na equipe. Uma nutricionista-psicóloga. Sim, é verdade, porque a maioria dos casos com transgressão dietética os pacientes não fazem acompanhamento psicológico. (Médico 4)

Os profissionais apontam o que consideram um paradoxo por eles observados em suas práticas, relativo ao culto do corpo esguio e à recorrente propaganda de alimentos hipercalóricos, ambos presentes na grande mídia nacional. Para eles, a maciça publicidade de alimentos ultraprocessados e o fácil acesso a eles, pelo baixo custo e distribuição eficaz, impedem o desenvolvimento do pensamento crítico dos pacientes em relação aos potenciais riscos dos alimentos, bem como constituem forte apelo, sobretudo a segmentos mais vulneráveis à propaganda, como adolescentes e crianças.

Mas aí também tem uma coisa, que nós não podemos desconsiderar. Acontece que se você coloca uma coisa dos meios também... Televisão, meios de comunicação, rádio. Se você coloca um frango assado lindo, bonito por 22 reais e um salgadinho em cinco reais, você vai pegar o salgadinho! (Médico 10)

Os médicos criticam a difusão, pela mídia e por pediatras, de fórmulas alimentares dirigidas para os primeiros anos de vida que, somadas ao período relativamente mais curto de licença-maternidade no Brasil (em comparação a Cuba), contribuem para que a amamentação exclusiva seja inferior a seis meses.

Nós orientamos ela a fazer [o aleitamento], mas aí ela tem que trabalhar, fazemos o quê? Vai introduzir outros leites [...] Porque [...] legalmente não tem um decreto que diga que ela pode ficar na sua casa. [...] Além disso, tem muita possibilidade aqui de outros tipos de leite, produtos que têm na farmácia, a mídia divulga muito esse produto, como ótimo, muito bom. (Médico 7)

Em Cuba, os médicos dispõem de um material relacionado às dietas específicas para enfermidades, produzido pelo Ministério de Comércio Interior e pelo Ministério de Saúde Pública. Esse material regulamenta a distribuição de alimentos para pacientes em estado de saúde especialmente frágil. Indicando produtos específicos a respectivos diagnósticos, o material prioriza os alimentos a serem consumidos em detrimento de estratégias para práticas alimentares saudáveis. Os médicos relatam que o referido dietário cubano constitui referência para a orientação alimentar e nutricional de seus pacientes, independentemente do país em que estejam. Assim, a orientação alimentar e nutricional por eles conduzida no Brasil realiza-se em parte guiada por esse material, no qual prepondera a indicação de alimentos *in natura* ou minimamente processados, uma vez que o Dietario Médico Nacional, criado em 1982, reflete o perfil da população cubana e as condições daquele país³⁸.

A atenção nutricional é vista pelos profissionais acompanhados como independente da localidade e de seu contexto sociocultural, uma vez que condições crônicas como a diabetes, hipertensão e obesidade – considerando aquelas mais diretamente relacionadas à alimentação – exigem a mesma conduta em relação à prescrição medicamentosa e dietética. Ou seja, para além das questões socioculturais envolvidas, prevalece a concepção que insere aspectos alimentares e nutricionais sob a perspectiva biomédica.

A diabetes, hipertensão é a mesma em qualquer lugar do mundo, o mesmo remédio também para o tratamento. (Médico 2)

Discussão

Os resultados demonstraram que a formação médica em Cuba, atrelada ao projeto político socialista do país, confere aos profissionais potencialidades para o cuidado que enfatiza as determinações sociais na produção de saúde, incluindo os complexos fatores e disputas presentes nos territórios de vida dos pacientes. Esses aspectos favorecem a aproximação entre médico e paciente e a compreensão dos determinantes sociais envolvidos em cada caso. No entanto, as estratégias relativas ao cuidado nutricional priorizam o restabelecimento a padrões de normalidade, como o emagrecimento. Ou seja, quando se trata de aspectos alimentares e nutricionais, parte-se de uma compreensão abrangente que, no entanto, deságua em orientações racionalizadoras e superficiais. As estratégias para o restabelecimento dos padrões ponderais e laboratoriais alterados pautam-se sobretudo em orientações objetivas do que se deve ou não comer. No entanto, a exclusão de alimentos não garante a reflexão crítica sobre a própria alimentação por parte dos pacientes, uma vez que a polarização entre certo e errado, ou entre alimentos bons e ruins, dificulta práticas centradas no equilíbrio e no prazer da alimentação³⁹. Tem-se aí potencial risco de consideração do alimento de maneira estrita à sua função fisiológica no organismo, fazendo sua equivalência ao remédio na Medicina⁴⁰.

Documentos de referência para os médicos cubanos, como o “Recomendação alimentar e guia alimentar para população cubana”⁴¹ e o Dietario Medico Nacional³⁸, consideram alimentos ultraprocessados como produtos curados e defumados, mas não possuem orientações quanto a alimentos usuais no Brasil, como temperos prontos, macarrões instantâneos, biscoitos recheados e produtos congelados. Tal diferença entre os dois países pode constituir-se em um problema para o manejo clínico dessas questões nos consultórios, sobretudo considerando que a oferta desses produtos cresce a cada ano em nosso país e seu consumo está associado a impactos negativos à saúde, à soberania alimentar, ao meio ambiente e à cultura^{24,42,43}.

Os guias alimentares aumentam a compreensão e consciência da população em relação à escolha dos alimentos⁴⁴ e constitui referência para profissionais de Saúde que lidam direta e/ou indiretamente com questões de alimentação, como no caso de médicos. O Dietário Médico Cubano utilizado pelos profissionais estudados representa guia de referência para orientações nutricionais e prioriza o alimento em si em detrimento da promoção e prevenção relativa a grupos de doenças a que estão interligados.

No entanto, as orientações pautadas em grupos alimentares e valores nutricionais foram superadas por guias alimentares baseados na importância do contexto no qual o alimento será consumido⁴⁵. O novo "Guia alimentar para a população brasileira" apresenta avanços acerca de estratégias para a promoção da saúde e mudanças nos hábitos alimentares, constituindo um conjunto de conhecimentos a serem debatidos com profissionais estrangeiros da Saúde que venham a atuar no Sistema Público de Saúde brasileiro, uma vez que o material pode auxiliar o trabalho desses profissionais com a população atendida, principalmente no que concerne à promoção da saúde e também em casos de enfermidades específicas, em um trabalho aliado ao do nutricionista.

O conhecimento dos médicos cubanos abordados em relação aos hábitos alimentares no Brasil foi facilitado pela socialização no ambiente de trabalho. Esses espaços representaram importante fator de aproximação ao repertório alimentar brasileiro e detecção das práticas alimentares dos pacientes atendidos. A comensalidade representa o compartilhamento da comida e, nesses espaços, médicos expatriados e brasileiros puderam dialogar sobre os sistemas de valores da alimentação. Essa troca permite demarcar a identidade social dos agentes, considerando que a comida representa traços da origem social, do território de proveniência e da história a partir dos quais uma pessoa ou coletivo constituíram seus *habitus*^{46,47}.

Dentro desse contexto, os médicos puderam atualizar disposições alimentares em um processo no qual a cultura alimentar original foi confrontada por novos hábitos e técnicas culinárias, tipos de alimentos e ritos de comensalidade. A reflexão consciente sobre esse novo ambiente permitiu tanto a exteriorização e melhor identificação das disposições anteriores quanto a interiorização de novas práticas, ocorrendo o processo de *histerese*^{11,48} referido no segundo tópico. Portanto, além do contato com os pacientes e eventuais refeições em estabelecimentos comerciais, a confrontação de dois sistemas culinários de distintas origens, nas pequenas festas ocorridas no ambiente de trabalho, entre outros eventos, facilitou simultaneamente mudanças e reafirmação da identidade alimentar cubana e brasileira. Essa adaptação influenciou o manejo do cuidado nutricional, pois permitiu a visualização de práticas alimentares comuns no Brasil, e sinalizou aspectos indutores no acesso e escolhas de alimentos em nosso país, como a influência da mídia e da indústria alimentícia sobre a alimentação.

A aproximação entre médicos e brasileiros foi facilitada tanto por semelhanças em relação aos hábitos alimentares e culinária de ambos os países quanto por aspectos da *hexis* corporal dos profissionais cubanos. Nesse sentido, os aspectos externados na forma de se vestir, expressões e posturas corporais e miscigenação dos médicos cubanos apresentam muito mais similaridade em relação ao *habitus* da classe social brasileira atendida nas UBS do que os aspectos exibidos por profissionais brasileiros, que normalmente têm *habitus* e *hexis* próximas ou similares da classe dominante. Bourdieu⁴⁶ reconhece o corpo como um princípio mnemônico, no qual os trejeitos, a vestimenta e expressões corporais formam e manifestam o princípio fundamental da classe. O corpo representa o regime de transferência que faz com que cada técnica corporal funcione de acordo com a *ethos* do sistema do qual faz parte. A semelhança entre o *habitus* cubano e o *habitus* de classe de brasileiros efetivamente atendidos parece ter facilitado especial aproximação entre esses agentes.

O reconhecimento da influência da mídia e da indústria alimentícia sinaliza importante aspecto do *habitus* dos médicos cubanos, refletindo um sistema de referências no qual as noções de saúde e corpo não são predominantemente influenciadas pelos vetores de uma economia capitalista, como no caso do Brasil. Os médicos atribuem problemas alimentares e psicológicos ao conjunto de valores e estilos de vida distintos, criados e veiculados intensivamente pela mídia, inibindo a reflexão crítica por eles considerada essencial na adoção de práticas realmente saudáveis. Nesse sentido, indiretamente, os profissionais aludem à polifonia alimentar e dietética que diversos agentes – Estado, consumidores organizados, diferentes especialidades médicas, indústria alimentícia, entre outros – produzem por meio da mistura, confrontação ou fusão de discursos gastronômicos, receitas de dietas e manuais de

nutrição, compondo verdadeira cacofonia alimentar, na qual os indivíduos acabam por definir suas escolhas alimentares por meio de estímulos contraditórios e incoerentes⁴⁹.

A adaptação ao contexto de saúde e ao sistema alimentar brasileiro foi influenciada pela formação internacionalista, que compreende a ajuda humanitária como atribuição do médico cubano²⁹. Esse aspecto possibilita o equilíbrio entre as disposições de origem e o novo ambiente^{48,50}, pois a permanência periódica em distintos países, como parte da identidade médica cubana, favorece a capacidade adaptativa demonstrada pelos profissionais abordados. Os diferentes ambientes socioculturais parecem propiciar ampliação das disposições adquiridas inicialmente na família e na sociedade de origem, dotando o agente de novas possibilidades que serão conformadas de modo singular⁵¹. Além disso, certa similaridade entre os princípios básicos das culinárias cubana e brasileira^{23,52} – mescla de elementos da Península Ibérica com aqueles oriundos dos afrodescendentes e aborígenes –, aliada à maior proximidade entre os profissionais e a clientela pela *hexis* corporal, contribuiu para mitigar a superação de barreiras impostas pelas origens distintas tanto ao exercício da clínica em geral quanto aos aspectos ligados à alimentação e à nutrição em particular. No entanto – e paradoxalmente –, as orientações alimentar e nutricional pautada, sobretudo, no paradigma biomédico, excludente dos aspectos socioculturais, determinaram sobremaneira as orientações realizadas. Ou seja, ainda que aspectos socioculturais se mostrem favoráveis para evitar eventuais entraves oriundos dos diferentes *habitus* entre médicos e clientela, estes foram efetivamente superados pela utilização de um referencial que se pretende supracultural, representado pelo predomínio da concepção biomédica da alimentação.

Conclusão

Pudemos perceber a presença de múltiplos fatores na constituição do *habitus* dos médicos cubanos. Considerando que *habitus* não constitui algo estanque, mas, ao contrário, é fruto da contínua interação entre indivíduo e meio social, remetemos aqui à noção de *habitus* híbrido, quando contextos distintos oriundos das múltiplas vivências dos profissionais – como as inserções em outros países, fato comum entre os médicos cubanos, como já citado – moldam um sistema de ação a partir dos diferentes ambientes de socialização.

A orientação nutricional realizada por médicos cubanos no contexto do PMMB não é preponderantemente influenciada pelo *habitus* cubano. Dado o maior peso assumido por aspectos técnicos e biológicos nos atendimentos e orientações, em detrimento das questões socioculturais, os condicionantes dos diferentes *habitus* comparecem de maneira secundária na relação estabelecida entre um médico estrangeiro e um paciente brasileiro.

Assim sendo, poderíamos afirmar que o *habitus* profissional médico, com tudo o que isso implica em termos de hegemonia do paradigma biomédico, suplanta a influência que o *habitus* determinado pela origem cubana poderia suscitar. Dessa forma, uma linguagem mais universalmente reconhecida, representada pela concepção médica sobre alimentos como equivalente a medicamento, conforme já discutido, tenderia a uniformizar e tornar possível o discurso entre médicos e pacientes, ainda que sob o risco de desconsiderar uma área particularmente sensível a aspectos socioculturais como a alimentação. Devemos ressaltar, no entanto, que ainda que tenha prevalecido o *habitus* médico, os aspectos aqui tratados relativos aos *habitus* e *hexis* originários dos profissionais cubanos e do segmento social atendido nas UBS contribuíram de maneira importante para maior proximidade e diálogo entre agentes de origens significativamente distintas.

Colaboradores

Amanda Massi Soares e Juarez Pereira Furtado participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Luz C, Cambraia CN, Gontijo ED. Monitoramento de terminologia na mídia: o Programa Mais Médicos. *Trad Term.* 2015; 25:199–233.
3. Vieira-da-Silva LM, Pinell P. The genesis of collective health in Brazil. *Sociol Health Illn.* 2014; 36(3):432–46.
4. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(54):623–34.
5. Ribeiro RC. Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual. *Cienc Saude Colet.* 2015; 20(2):421–4.
6. OPAS. Relatório produzido pela OPAS sobre o Seminário de Pesquisas sobre o Programa Mais Médicos [Internet]. Brasília 18-19 novembro de 2015. [citado 27 Jan 2016]. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/2016/01/11/relatorio-produzido-pela-opas-sobre-o-seminario-de-pesquisas-sobre-o-programa-mais-medicos/>
7. Canella DS, Silva ACF, Jaime PC. Produção científica sobre nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(2): 297–308.
8. Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev Nutr.* 1999; 12(3):261–72.
9. Silva JK, Prado SD, Carvalho MC, Veiga S, Ornelas TFS, Oliveira PF. Alimentação e cultura como campo científico no Brasil. *Physis.* 2010; 2(20):413–42.
10. Bourdieu P. Razões Práticas: sobre a teoria da ação. 9a ed. Campinas, São Paulo: Papirus; 1996.
11. Bourdieu P. Coisas ditas. São Paulo: Brasiliense; 1990.
12. Setton MDGJ. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Rev Bras Educ.* 2002; (20):60–70.
13. Bourdieu P. *Meditações Pascalianas.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
14. Thiry-Cherques HR. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. *Rev Adm Pública.* 2006; 40(1):27–53.
15. Peters G. Habitus, reflexividade e o problema do neo-objetivismo na teoria da prática de Pierre Bourdieu. *Rev Bras Ciênc Soc.* 2013; 28(83):1–39.
16. Bourdieu P. Esboço de uma teoria da prática. In: Ortiz R, organizador. *A sociologia de Pierre Bourdieu.* São Paulo: Ática; 1994. p. 46–86. Coleção Grandes Cientistas Sociais.
17. Canesqui AM, Garcia RWD, organizadores. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 306 p. Coleção Antropologia e Saúde.
18. Roling L, Vieira FGD. Interdisciplinaridade em Marketing: perspectivas de aplicação dos conceitos teóricos de campo e habitus de Pierre Bourdieu às pesquisas em Marketing. *Rev Negócios.* 2014; 19(3):58–74.
19. Freitas MDCS, Minayo MCDS, Fontes GAV. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. *Cienc Saude Colet.* 2011; 16(1):31–8.
20. Sato PM, Gittelsohn J, Unsain RF, Roble OJ, Scagliusi FB. The use of Pierre Bourdieu's distinction concepts in scientific articles studying food and eating: a narrative review. *Appetite.* 2016; 96:174–86.

21. Magalhães D. The habitus and the new : from social (re) learning to practices. *Rev Lat Sociol.* 2012; (2):23–41.
22. Maciel ME. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarin? *Horiz Antropol.* 2001; 7 (16):145–56.
23. Maciel ME. Uma cozinha à brasileira. *Estud Históricas.* 2004;1 (33):25–39.
24. Louzada MLC, Martins APB, Canella DS, Baraldi LG, Levy RB, Claro RM, et al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2015; 49 (38):1-11.
25. Bueno C. Crise impulsionou criação de modelo sustentável na agricultura de Cuba. *Cienc Cult.* 2015; 67 (2):14–6.
26. Paz JV. Revolução Agrária Cubana: conquistas e desafios. *Estud Av.* 2011; 25 (72):73–87.
27. Sader E. Revolução Cubana: uma revolução na América Latina. São Paulo: Moderna; 1987.
28. Rojas Ochoa F. Situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública.* 1999; 29(2):157–69.
29. Ortiz Estrada JF. Fundamentos éticos y patrióticos de la Medicina Cubana. *Rev Cubana Med Mil.* 1999; 28(1):73–84.
30. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Albuquerque VS, Cavalcanti FOL, Cotta RMM. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à (s) lógica (s) do capitalismo tardio ? *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(1):159–70.
31. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet.* 2011; 11–31.
32. Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Rev Adm Empres.* 1995; 35(3):20–9.
33. Flick U. Conceitos de triangulação. In: *Qualidade na pesquisa qualitativa.* Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 57–77.
34. Angrosino M. *Etnografia e Observação Participante.* São Paulo: Artmed; 2008. 138 p.
35. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia.* 2003; 12(24):149–61.
36. Stake RE. *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam.* Porto Alegre: Penso; 2011.
37. Cubatão, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *O SUS em Cubatão. Boletim Interno da SMS-Cubatão; 2014 (mimeo).*
38. Cuba. *Dietario Medico Nacional.* Ministerio de comercio interior Ministerio de salud pública. Cuba; 1982.
39. Rodrigues ÉM, Boog MCF. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cad Saude Publica.* 2006; 22(5):923–31.
40. Lifschitz J. O alimento-signo nos novos padrões alimentares. *Rev Bras Ciênc Soc.* 1995; 27(10):1-11.
41. Porrata-Maury C, Hernández-Triana M. *Recomendaciones nutricionales y guías de alimentación para la población Cubana.* La Habana: Editorial Pueblo y Educacion; 1996.
42. Martins APB, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Monteiro CA. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). *Rev Saude Publica.* 2013; 47(4):656–65.

43. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2nd ed. Brasília; 2014. p. 156.
44. Brown KA, Timotijevic L, Barnett J, Shepherd R, Lähteenmäki L, Raats MM. A review of consumer awareness, understanding and use of food-based dietary guidelines. *Br J Nutr.* 2011;106(1):15–26.
45. Monteiro CA, Cannon G, Moubarac J-C, Martins APB, Martins CA, Garzillo J, et al. Dietary guidelines to nourish humanity and the planet in the twenty-first century. A blueprint from Brazil. *Public Health Nutr.* 2015; 18(13):2311–22.
46. Bourdieu P. Structures and the habitus. In: *Outline of a theory of practice.* Cambridge: Cambridge University Press; 1977. p. 72–95.
47. Wacquant L. Esclarecer o Habitus. *Educ Ling.* 2007; 16(10): 63–71.
48. Ortiz R (organizador). *Pierre Bourdieu: sociologia.* São Paulo: Ática; 1983.
49. Fischler C. *El (H)omnívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo.* Barcelona: Anagrama; Argumentos. 1995.
50. Brito AX. Habitus de migrante: um conceito que visa captar o cotidiano dos atores em mobilidade espacial. *Soc Estado.* 2010; 25(3):431–64.
51. Setton MDGJ. A socialização como fato social total: notas introdutórias sobre a teoria do habitus. *Rev Bras Educ.* 2009; 14(41):296–307.
52. González NN, Noriega EG. Antecedentes etnohistóricos de la alimentación tradicional en cuba. *Rev Cuba Aliment Nutr.* 1999; 13(2): 145–50.

Soares AM, Furtado JP. El cuidado nutricional por parte de extranjeros en el Proyecto Más Médicos para Brasil. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(Supl.1):1129-40.

Investigamos la influencia de la distinta origen sociocultural de los médicos cubanos inseridos en el Proyecto Más Médicos para Brasil y de los pacientes brasileños en cuestiones relativas al abordaje alimentar y nutricional en servicios de atención básica. Se ha realizado un estudio de caso con triangulación por medio de la etnografía, grupos focales y entrevistas. Se ha utilizado el referencial teórico elaborado por Pierre Bourdieu, en particular, el concepto del habitus. Los resultados demostraron que la orientación alimentar y nutricional realizada es influenciada predominantemente por el paradigma biomédico, lo que atenúa eventuales influencias del habitus cultural de origen.

Palabras clave: Proyecto Más Médicos para Brasil. Habitus. Nutrición. Bourdieu.

Submetido em 31/05/2016. Aprovado em 12/06/2017.

Programa Mais Médicos:

análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais

Rebeca Amorim de Jesus^(a)
 Maria Guadalupe Medina^(b)
 Nília Maria de Brito Lima Prado^(c)

Jesus RA, Medina MG, Prado NMBL. The More Doctors Program: documentary analysis of critical events and positions of social actors. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1241-55.

One of the challenges in consolidating primary health care, which is a priority strategy for reorienting the healthcare model in Brazil, is the difficulty of supplying and retaining health professionals, especially physicians, throughout the country. This study consists of a documentary analysis of the formulation and implementation processes of the More Doctors Program from 2013 (time of publication of Law No. 12871/2013, which created the MDP) to 2015. Through the selected publications, it was possible to map critical events, interests and identification of divergent positions among social actors (allies, opponents or indifferent) involved in the stages of formulating proposals and implementing the program. The analysis indicated that the MDP generally represented a step forward in providing expanded access to health in Brazil.

Keywords: More Doctors. More Doctors Program. Primary Health Care.

Entre os desafios para a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS), como estratégia prioritária para o redirecionamento do modelo de atenção à saúde no Brasil, destaca-se a dificuldade de fixação e provimento de profissionais de saúde, prioritariamente médicos, em todo o território nacional. Este estudo consiste em uma análise documental sobre os processos de formulação e implementação do Programa Mais Médicos (PMM) no período de 2013 (período de publicação da Lei nº 12.871/2013, que instituiu o PMM) a 2015. As publicações selecionadas permitiram o mapeamento dos eventos críticos, interesses e a identificação de posicionamentos divergentes entre os atores sociais (aliados, oponentes ou indiferentes) envolvidos nas etapas de formulação de propostas e implementação do programa. No que concerne à análise, de forma geral, o PMM constituiu um avanço para a ampliação do acesso à saúde no país.

Palavras-chave: Mais Médicos. Programa Mais Médicos. Atenção Primária à Saúde.

^(a, b) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Rua Basílio da Gama, s/nº, 1º andar. Canela, Salvador, BA, Brasil. 40.110-040. rebecca_fsa@hotmail.com; medina@ufba.br
^(c) Instituto Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista, BA, Brasil. nilia.prado@ufba.br

Introdução

No Brasil, a reestruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) se inscreveu no movimento de Reforma Sanitária com a proposição de reordenamento dos modelos assistenciais, sendo denominada Atenção Básica à Saúde (AB)¹⁻³. Ao longo da trajetória da AB, foram implementadas iniciativas para estimular a atração e fixação de profissionais de saúde em regiões remotas, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS – 1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus – 1993), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS – 2001) e, posteriormente, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab – 2011)⁴⁻⁶.

Contudo, persistiu um cenário com predomínio de iniquidade distributiva quanto aos recursos humanos na área da Saúde, especialmente médicos, que trouxe limitações para a continuidade do cuidado³ devido a fatores como a rotatividade e multiplicidade de vínculos de trabalho dos profissionais de saúde, atuação concomitante nos setores público e privado, longas jornadas semanais, rendimentos diferenciados e plantão como atividade prioritária e predomínio da atuação assistencial⁷. Esse conjunto de fatores fundamentaram a consecução de uma proposta do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁸, que assinalava a necessidade de criação de políticas que direcionassem uma distribuição mais equânime dos profissionais de saúde em todas as regiões do país.

É possível supor que as manifestações de junho de 2013, impulsionadas por reivindicações de direitos sociais⁹, ressoaram no interior dos Ministérios da Saúde e da Educação, culminando na implementação de estratégias voltadas para provimento de médicos na AB¹⁰, para a reorientação da formação superior em saúde¹¹⁻¹³, a publicação de novas diretrizes políticas^{10, 14-16} e a instituição do Programa Mais Médicos (PMM)^{17,18}. Contudo, diversos estudos indicaram que o processo de implementação do PMM foi permeado por opiniões controversas, sem uma análise dos eventos críticos e do posicionamento dos distintos atores sociais^{16,19-21}. Nesse sentido, este estudo objetivou identificar e mapear os principais eventos críticos e os posicionamentos dos atores sociais durante o processo de formulação e implementação do PMM no Brasil no período de 2013 a 2015.

Metodologia

Trata-se de uma análise documental sobre o processo de implementação do Programa Mais Médicos no Brasil no período de 2013 (período de publicação da Lei nº12.871/2013, que instituiu o PMM) a 2015.

A busca de referências se fez por acesso a bases de dados informatizadas e busca integrada na Biblioteca Virtual em Saúde (Lilacs, Medline e Cochrane) e na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (MS), além dos periódicos da área da Saúde Coletiva (Interface, Saúde em Debate, Saúde Coletiva, Ciência e Saúde Coletiva), repositórios institucionais de várias universidades públicas (Unicamp, UFBA, UERJ, UFPR, UNB, UFRGS) – com intuito de recuperar dissertações e teses – e páginas digitais de entidades governamentais e não governamentais (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Conselho Federal de Medicina, MS e Ministério da Educação e Cultura). A inclusão das bases, dos periódicos e dos sites permitiu mapear atores e iniciativas adotadas referentes às facilidades, dificuldades, oportunidades e ameaças nas etapas de formulação e implementação do PMM. Foi adotada também a busca de artigos referenciados nos textos selecionados, devido à escassez de documentos sobre a temática.

Foram utilizados os descritores e operadores booleanos “mais médicos” ou “programa mais médicos”, em português. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro a dezembro de 2015, abrangendo documentos técnicos e normativos (leis, portarias, decretos e relatórios técnicos de gestão), artigos científicos e dissertações de mestrado.

Uma base de dados única em Excel sistematizou um total de 160 documentos, compilados e submetidos a processo de seleção e análise, por meio dos seguintes critérios de inclusão: publicações de 2013 a 2015; resumo disponível (artigos científicos); discussão da temática do objeto de estudo.

Após leitura dos títulos e resumos, foram excluídos sete documentos, e com a leitura dos textos na íntegra, excluíram-se 43 documentos, por não discutir a temática. Assim, 58 documentos constituíram a revisão, analisados por consenso entre dois dos pesquisadores.

A análise foi realizada ancorada nas contribuições teóricas propostas por Teixeira²² e nas etapas para a construção de uma agenda estratégica (formulação e implementação). Além disso, a análise também abrangeu as adaptações de Teixeira²² à proposta teórica de Carlos Matus²³ acerca do mapeamento de atores sociais, classificando-os como atores governamentais (representantes de instituições e órgãos direta e indiretamente envolvidos com a condução política das ações de saúde nas diversas esferas de governo) e não governamentais (representantes de organizações da sociedade civil e/ou não governamentais, politicamente ou que participem do processo de implementação de ações de saúde nas regiões e estados do país). Foram caracterizados os posicionamentos dos atores centrais, secundários e coadjuvantes no processo, que poderiam estar atuando como aliados (atores que apoiam as proposições políticas do ator central), oponentes (atores que se opõem às proposições políticas do ator central) ou indiferentes (atores sem posicionamento definido e que podem ser conquistados por meio do convencimento ou cooptação)²².

Resultados e discussão

Dos 58 documentos analisados, 70,9% das publicações originaram de entidades médicas; 20%, de artigos científicos; e 9,1%, de monografias, dissertações e documentos normativos. Entre estes, 40,9% discutiram a etapa de formulação do PMM (Formulação e análise de propostas – quadro 1) e 59,1% discutiram o processo de implementação do PMM (desenho de estratégias, formalização de políticas e operacionalização do programa – Quadro 2).

Formulação e análise da proposta

No reconhecimento dos problemas, os documentos sinalizaram a iniquidade distributiva dos médicos no Brasil como um dos principais desafios para a efetivação integral do SUS^{21,24,25}. Além disso, apontaram uma disputa pela força de trabalho entre alguns municípios, com base em remuneração atrativa (altos salários), gerando alta rotatividade desses profissionais e descontinuidade das ações de saúde^{6,10,16,26-32}.

Diante desse cenário, diversas discussões foram desencadeadas. Em abril de 2011, o MS promoveu o Seminário Nacional Sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade, objetivando “debater e oferecer subsídios para a construção de propostas e de viabilidade política e técnica que assegurassem acesso universal aos serviços de atenção à saúde [...]”³³, com representação dos diversos poderes; dos setores de saúde, educação e trabalho; e do controle social dos três entes federados.

Em janeiro de 2013, ocorreu a campanha “Cadê o médico?”, realizada pela Frente Nacional de Prefeitos^{16,25}. Em julho, manifestações populares reivindicaram melhores condições de acesso aos serviços de saúde e a inclusão de ações prioritárias na agenda governamental^{10,15, 34}.

Esse processo contribuiu para a consolidação da análise situacional e subsidiou a priorização dos problemas e desenho de estratégias pelos Ministérios da Saúde, da Educação e do Planejamento, que, representados por seus ministros, apresentaram à presidência a Exposição Interministerial de Motivos (EIM) n.º 24/2013-MS-MEC-MP, elencando ações prioritárias³⁵. A EIM foi utilizada para editar, em julho, a Medida Provisória (MP) n.º 621/2013¹⁷.

Os referidos ministérios estimaram a proporção, em 2012, de 1,8 médicos por mil habitantes^{5,14,36}, com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Conselho Federal de Medicina (CFM)^{11,12}. Porém, Silva²¹ afirma que esses dados são questionados pelo próprio CFM, que calculou dois médicos por mil habitantes. Por outro lado, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil possuía, de fato, uma reduzida proporção³⁷.

Quadro 1. Sistematização de eventos críticos dos documentos referentes à fase de formulação do PMM, no período de 2013 a 2015

Etapa	Categorias	Excertos dos documentos	Autor/ano
FORMULAÇÃO	Formulação das propostas	<ul style="list-style-type: none"> - Massivas manifestações de rua, que exigiam melhorias para a saúde. - PMM – medida simples de grande apelo popular. - MS e MEC elaboraram estratégias para responder aos anseios das ruas. - O PMM representa uma medida puramente eleitoreira. - PMM gera debates entre o representante do governo e as corporações médicas, sobretudo o Conselho Federal de Medicina. - Campanha “Cadê o médico?” é realizada pela Frente Nacional de Prefeitos. - Diagnóstico de falta de médicos no país e pesquisa em outros países sobre estratégias para resolver escassez de médicos. - Análise das iniciativas PIASS (1976), Pisu (1993), PITS (2001) e Provab (2011). - Disputa entre municípios por poucos médicos, gerando alta rotatividade. - O PMM é um programa emergencial e complementar. - PMM não garante direitos trabalhistas; CFM faz crítica – não contempla carteira assinada, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), 13º salário ou mesmo férias remuneradas. - Não existem, no âmbito da saúde pública, estratégias voltadas para a estruturação de um plano de carreira no SUS, seja para enfermeiros, dentistas ou médicos. - Criação de carreira de Estado para médicos. - O PMM, independentemente de seus resultados e das intenções do Governo Federal, passa por cima de estados, municípios e dos processos de regionalização e provisão adequada das redes do SUS. - PMM – iniciativa que visa claramente à maior regulação do Estado sobre a profissão médica. - Seria mais sensato investir nas universidades públicas. 	Oliveira et al. ⁶ ; Pinto et al. ¹⁰ ; Molina et al. ¹⁹ ; Gonçalves ⁶¹ ; Caramelli ⁶² ; Salles ⁵⁵ ; Angotti Neto ⁴ ; Torres ⁵⁸ ; Schanaider ³⁸ ; Cueto et al. ⁶⁴ ; Santos ¹² ; Silva ²⁰ ; Ferreira ³⁹ ; CFM ⁴¹ ; D’avila ⁴² ; Cunha ⁴⁸ ; CFM ⁴⁷ ; CFM ⁴³ ; Cebes ⁶³ ; Santos ³⁴ ; Couto ¹⁶
	Análise das propostas	<ul style="list-style-type: none"> - Regiões prioritárias definidas em função de um conjunto combinado de critérios. - O programa institui o prazo de cinco anos para que as UBS tenham qualidade de equipamentos e infraestrutura necessárias para servirem de campos de aprendizagem para graduandos e residentes. - O PMM demanda medidas que ampliem a formação de preceptores nos serviços. - A Lei exige que os cursos de Medicina adêquem seus currículos às novas DCN e determina que essa implantação seja objeto de avaliação e auditoria do MEC. - Lei aponta para a residência médica universal e disciplina o acesso aos programas. - A Lei obriga a criação, em até dois anos, de uma avaliação específica para o curso de graduação em Medicina, bianual. - O registro profissional de médicos formados no exterior será expedido pelo MS. - O principal equívoco da medida do Governo Federal é a entrada de médicos estrangeiros sem o Revalida. 	Kamikawa e Motta ⁴⁹ ; Brito ⁵ ; CFM ⁴⁷ ; Morais et al. ¹⁵ ; CFM ⁶⁵ ; Cambricoli ²⁷

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Diante da ausência de um parâmetro internacional para a mensuração da proporção ideal de médicos no país, convencionou-se utilizar os parâmetros do Reino Unido (2,7 médicos por mil habitantes), por ser um país com um sistema universal. No entanto, considerando os egressos de Medicina, a meta só seria alcançada em 2035, sem uma intervenção efetiva²¹.

Para Mendes³⁶ e Schanaider³⁸, apenas a ampliação do número de médicos não resolveria a dificuldade de alocação nas áreas mais vulneráveis, pois estes poderiam optar por alternativas mais vantajosas. Scheffer³⁹ alertou a iminência de uma concorrência exacerbada em áreas que já contavam com uma alta densidade de médicos.

Alguns defensores do PMM discutiram sobre as propostas de modificações nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação de Medicina, na residência médica e na

Quadro 2. Sistematização de eventos críticos dos documentos referentes à fase de implementação do PMM, no período de 2013 a 2015

Etapa	Categorias	Excertos dos documentos	Autor/ano
IMPLEMENTAÇÃO	Desenho de estratégias	<ul style="list-style-type: none"> - Está prevista a criação, até 2017, de 11,5 mil vagas de graduação em Medicina e 12,4 mil vagas de residência médica para formação de especialistas até 2018, com foco na valorização da AB, da ESF e de áreas prioritárias para o SUS. - Esses dilemas afetam os programas de residência médica. A oferta de uma vaga de especialização para cada formando, anunciada pelo MEC, é inexecutável. Não há hospitais preparados nem preceptores suficientes para orientar os futuros especialistas. 	Durcan; Targa ²⁰ ; Cebes ²⁴ ; Cebes ²⁸
	Formalização de políticas	<ul style="list-style-type: none"> - Para tornar efetiva a cooperação técnica da Opas/OMS, foi assinado um convênio de cooperação (TC 80) entre o MS do Brasil e a Opas/ OMS, bem como sucessivos Termos de Ajustes. - É considerado injusto o acordo de trabalho entre MS, Opas, governo de Cuba e médicas e médicos cubanos. - Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. 	Campos ⁵¹ ; Molina ⁵⁰ ; Mendes ³⁶ ; Pinho ⁵² ; Martins ⁵³ ; CFM ⁵⁴ ; Ferreira ⁶⁸
	Operacionalização do programa	<ul style="list-style-type: none"> - Ao fixar médicos, por meio de provimento emergencial, o projeto ampliou a assistência na Atenção Básica em regiões carentes desses profissionais. - O projeto possibilitou aos médicos brasileiros intercambiarem experiências com médicos estrangeiros. - PMM apresenta inadequações pontuais: na execução das atividades de supervisão e tutoria, no acolhimento e na capacitação dos profissionais, na decisão de gestores locais em substituir médicos contratados por intercambistas e nas punições a médicos cubanos que mantêm seus familiares no Brasil. - A primeira crítica dos auditores do TCU foi dirigida à fragilidade do sistema de supervisão e de tutoria do Programa: ampliar as vagas de graduação, sim, mas não se apoiando no mercado. É preciso assegurar que os estudantes de bairros populares, das comunidades de trabalhadores rurais, indígenas e quilombolas tenham a possibilidade de ocupar as vagas nos cursos de Medicina. - A adesão inicial foi de 4.025 municípios. Estes demandaram 16.631 médicos: 1.878 adesões de municípios prioritários; 2.147 nas demais localidades. - Na mídia, a maioria das notícias era de caráter negativo, mas havia também opiniões de jornalistas e leitores que viam os aspectos positivos na implementação do Programa Mais Médicos. - Requalifica SUS. - Fiscalizações do Cremerj e CRMs; constataram que não havia supervisão ou tutoria. Havia intercambista atendendo sozinho e com dificuldade de se comunicar em nosso idioma. - A auditoria realizada pelo TCU em 2014 comprovou que, em 49% dos primeiros locais atendidos pelo programa em suas solicitações, ocorreu, ao receberem os bolsistas, a dispensa de médicos anteriormente contratados. Por isso, em torno de um ano, tais localidades tinham menos profissionais cadastrados na rede pública. - Dos 42 municípios que receberam escolas médicas de 2013 a julho de 2015, 60% (25) não atendem ao critério de cinco leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) para cada aluno de Medicina matriculado. 	Scheffer ⁷ ; CFM ⁵⁴ ; Brasil ²⁵ ; Cyrino et al ²⁶ ; Carvalho ²⁹ ; Chioro ³⁰ ; Aquino ³¹ ; Campos ⁵¹ ; CFM ⁶⁵ ; Gomes ⁶⁶ ; Ferreira ⁶⁸ ; CFM ⁶⁹ ; CFM ⁷⁰ ; CFM ⁷¹ ; CFM ⁷² ; CFM ⁷³ ; CFM ⁷⁴ ; Formente e Rosa ⁷⁵ .

Fonte: Elaborado pelas autoras.

formação de especialistas¹⁰. Silva²¹, Ferreira⁴⁰ e o CFM⁴¹ apontaram como alternativa à precarização do trabalho médico e à deficiência de políticas de interiorização a criação da carreira de estado para o médico do SUS. D'avila⁴², por outro lado, propõe a estruturação de um plano de carreira no SUS, também, para enfermeiros e odontólogos.

Porém, o CFM assinalou que, das 12 mil vagas ofertadas em 2013 para o programa de residência médica, três mil ficaram ociosas devido à desestruturação de alguns programas⁴³. Também enfatizou que a proposta de criação de um Fórum de Regulação das profissões de saúde que constava na MP (e foi suprimida integralmente) poderia alterar as competências das profissões, especialmente as exclusivas dos médicos e as atribuições dos Conselhos de Medicina⁴⁴.

Com o intuito de defender e justificar tais posicionamentos, o CFM e outras entidades médicas elaboraram o documento "MP 621/2013: Fragilidades técnicas e legais que colocam a saúde da população em risco", posteriormente enviado aos parlamentares⁴⁵, no qual apontaram divergências estatísticas quanto à distribuição profissional no Brasil.

Após a publicação da MP nº 621/2013, o Congresso Nacional designou uma Comissão Mista Integrada (CMI), constituída por senadores e deputados, para emitir um parecer sobre a norma, sob a presidência do Senador João Alberto Souza (PMDB/MA), a vice-presidência do Deputado Francisco Escórcio (PMDB/MA), tendo como relator o deputado Rogério Carvalho (PT/SE) e como relator-revisor o senador Mozarildo Cavalcanti (PT/RR)^{16,46}. Considerando a sua composição heterogênea, a comissão foi palco de inúmeros debates e controvérsias em torno das proposições do programa.

Os parlamentares apresentaram 1376 proposições de emendas ao PMM para todos os eixos do programa, com evidência para os partidos políticos DEM, PCdoB, PDT, PEN, PMDB, PP, PPS, PR, PRB, PSC, PSD, PSDB, PT, PTB e PV. Uma maior quantidade de proposições foi apresentada pelo PSDB, PMDB e DEM, com 160, 125 e 114 emendas, respectivamente¹⁶.

A MP nº 621/2013 contemplou muitas questões polêmicas, como a ampliação da duração dos cursos de graduação em Medicina por mais dois anos. Essa ampliação gerou desconfortos principalmente para os estudantes de Medicina, Instituições de Ensino e entidades médicas, que sugeriram alterações do projeto original, quanto à implantação de novos cursos de Medicina embasados nas novas DCN^{10,16,17}.

Finalizado o momento da priorização, prosseguiu-se para a formalização do programa em três eixos de ação: 1) investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, especialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); 2) ampliação e reformas curriculares dos cursos de graduação em Medicina e residência médica no país; e 3) Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que previa a provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis do país^{15,18}.

Implementação do PMM

A operacionalização do PMM exigiu uma articulação intersetorial entre os setores saúde e educação, dos três níveis de organização político-administrativa do país, por meio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e a participação das universidades públicas e privadas^{15,35}.

Os critérios para alocação dos médicos e a definição das regiões prioritárias levaram em consideração seis perfis: capital; região metropolitana; G100 (cem municípios > oitenta mil habitantes e alta vulnerabilidade social); perfil de pobreza (municípios com 20% da população ou mais vivendo em pobreza extrema); distritos sanitários especiais indígenas (DSEI); e demais localidades^{5,10,15,18,25,28,36}.

Os municípios classificados aderiram voluntariamente e assinaram um Termo de Compromisso, que visava garantir aos médicos moradia, alimentação e deslocamento; manter as UBS funcionando em boas condições; implantar ou apoiar os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC); e assegurar aos profissionais o tempo necessário para as atividades de aperfeiçoamento. Após firmar o compromisso, as vagas eram solicitadas²⁵.

No primeiro ano do PMM, foram publicados editais de convocação de médicos registrados no Brasil, seguido de convocações de brasileiros formados no exterior, mas sem registro no país, e estrangeiros com registro no exterior, até suprir a maioria das vagas disponíveis^{5,21}. Destaca-se que o período de atuação desses médicos no programa era de três anos prorrogáveis por igual período^{47,48}.

Para auxiliar na contratação de médicos estrangeiros sem diploma revalidado, o MS firmou cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), interligada à Organização Mundial da Saúde (OMS), especificando exigências técnicas e financeiras para os componentes do programa^{19,36}.

A Opas/OMS também firmou convênio de cooperação com o Ministério da Saúde Pública de Cuba para mobilizar médicos cubanos, ocupar as vagas disponíveis e estimular a troca de experiências referentes à prática na APS, considerando o histórico de atuação dos profissionais em outros países^{19,25,36,39}.

Cabe ressaltar que os médicos que não possuíam registro no CFM, obtiveram um Registro Único por meio do MS, que permitia a atuação apenas em atividades definidas pelo PMM^{5,16,21,36,49}. A dispensa de revalidação do diploma gerou insatisfação por parte das entidades médicas, que alegaram ingerência estatal na autonomia dos Conselhos Federal e Regional de Medicina, além de considerar a medida um risco para a população, devido à ausência de regras claras e criteriosas para a seleção dos médicos^{40,47}.

O CFM reiterou que, mesmo não emitindo os registros, a coordenação do PMM deveria comunicar a relação de médicos e o local de atuação, porque, embora com registro provisório, os profissionais estariam submetidos às leis vigentes quanto à responsabilização profissional, civil, penal e ética⁴⁴.

Como alternativa, foi exigido ao intercambista a participação em um período de acolhimento para avaliação da proficiência na língua portuguesa, habilidade de comunicação e qualificação, visando ao aprofundamento teórico e prático acerca dos princípios e diretrizes do SUS, mediante o acompanhamento e avaliação de tutores acadêmicos^{16,29}.

Outra questão debatida foi o preenchimento das primeiras vagas dos editais de seleção do PMM por um maior contingente de médicos estrangeiros, de nacionalidade cubana, devido ao termo de cooperação técnica^{19,25,36,50}. Campos⁵¹, Pinho⁵², Martins⁵³ e o CFM⁵⁴ apontaram como injusto o pagamento parcial da bolsa aos profissionais e as restrições ao livre trânsito dos familiares dos médicos em serviço no Brasil. Alguns autores consideraram os termos de cooperação entre os países uma convivência ante à opressão aos cubanos^{51,53}.

Entretanto, os intercambistas tiveram os seus direitos garantidos, segundo os acordos internacionais¹⁶, e os médicos brasileiros adquiriram o direito de inscrição na Previdência Social, sendo afastadas as contestações acerca do vínculo celetista e da possível ampliação de despesas para o Executivo, objeto de crítica do CFM⁵⁵.

Por outro lado, Scheffer⁷ e Ferreira⁴⁰ verificaram fiscalizações por parte de diversos CRMs, que indicaram recorrentes substituições de médicos brasileiros por intercambistas.

Cambricoli²⁷ questionou a alocação de alguns médicos do programa, pois quase um quarto dos selecionados atuava ou iria atuar em capitais ou regiões metropolitanas. Contrariamente, os dados do MS (2014) indicaram a ampliação de 14.090 médicos, abrangendo uma população de 48,6 milhões de pessoas (em localidades prioritárias) de 3.866 municípios e 33 distritos indígenas, com 75% no semiárido do Nordeste, na periferia de grandes centros urbanos (com Índice de Desenvolvimento Humano baixo ou muito baixo) e em municípios e regiões com população quilombola¹⁹.

Para a formação médica, a Lei nº 12.871/2013 propiciou mudanças estruturais com a indução da reformulação das DCN para o curso de Medicina, na perspectiva das redes de atenção à saúde, metodologias ativas de ensino aprendizagem e inserção precoce nos serviços de saúde, alinhando a formação médica às novas exigências e necessidades da população e do SUS^{25,26}. O Governo Federal propôs a criação de 11,5 mil vagas de graduação em Medicina até 2017 e de 12,4 mil vagas de residência médica até 2018, com foco na AB e Estratégia Saúde da Família^{18,20,26}.

O CFM assinalou a necessidade de maior rigor na abertura de novos cursos e fiscalização dos existentes, indicando que, dos 42 municípios que implantaram escolas médicas de 2013 a julho de 2015, 60% (25) não atendiam ao critério de cinco leitos do SUS por aluno matriculado, conforme diretrizes do MEC⁴³. Além disso, advertiu a existência de vagas ociosas, falta de estrutura dos programas e condições de trabalho inadequadas⁴³.

Por meio do termo de adesão, o gestor local do SUS deveria oferecer condições estruturais necessárias para o funcionamento do curso de graduação em Medicina²⁶. A adequação por meio do Programa de Requalificação de UBS (Requalifica UBS)⁵⁶ e incremento orçamentário, para ações de informatização das UBS, implantação do novo sistema de informação da Atenção Básica (Sisab) e da estratégia e-SUS, com prontuário eletrônico para os serviços de saúde²⁵, foram apontados como essenciais para a ampliação da efetividade da AB¹⁹. Para tanto, a lei também se referiu à constituição

de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes)^{14,25}. Não obstante, alguns profissionais continuaram a alegar condições de trabalho inadequadas⁴⁸.

Em 2015, os ministérios divulgaram uma análise intitulada “Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros”, contemplando as motivações e o contexto para a criação do programa. Contudo, a indefinição da conjuntura política e social direcionava para a descontinuidade do programa, apesar de uma medida provisória ter sido publicada contemplando a prorrogação do programa por mais três anos²⁵.

Mapeamento e posicionamento dos atores sociais

Esta análise documental permitiu ainda identificar atores que interferiram e/ou influenciaram nas definições de ações e estratégias, assim como compreender como foi “desenhada” e implementada a política pública²².

Os posicionamentos e o manejo dos recursos do poder, por parte dos atores sociais, desencadeou um conjunto de “iniciativas” divergentes no processo de implementação local, regional e nacional do PMM. Foi possível identificar os atores secundários, classificando-os como aliados, opositores e indiferentes ao ator central (MS e MEC)^{6,10,16,26-32,57}. O quadro 3 sistematiza o mapeamento dos posicionamentos.

Quanto às iniciativas de legitimação do PMM, foi possível identificar negociações políticas, técnicas e táticas dos atores centrais^{5,15,16,35}.

Os atores sociais aliados foram mapeados a partir de sua inserção no processo decisório e defendiam, entre outras questões, que a falta de médicos decorria da omissão dos governos anteriores e do corporativismo da categoria médica⁵⁸, representado por organizações como a Opas/OMS (que mediou a contratação de médicos estrangeiros, firmou termo de cooperação com o Ministério da Saúde Pública de Cuba e mobilizou médicos cubanos).

Algumas Instituições de Ensino Superior (IES), a Advocacia Geral da União (AGU) e a Central Única dos Trabalhadores (CUT) defendiam a legalidade do trabalho dos médicos contratados, baseadas na integração ensino e serviço; e FNP e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) defendiam a necessidade de mais médicos nos municípios, para garantir a integralidade das ações na APS. Além da participação da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde, Organização Não Governamental de Defesa dos Direitos Humanos, Associação Ordem dos Bacharéis do Brasil^{16,19-21,50}.

Em contraponto, os opositores ao PMM denunciavam a existência de interesses eleitorais implícitos, configurando a medida como “populista” e o interesse implícito de manter o governo no poder^{48,50,59}.

Como opositores, algumas escolas médicas e entidades médicas, como o CFM, defendiam que o percentual de médicos no país era compatível com as necessidades e denunciava a interferência do Estado na autonomia dos Conselhos de Medicina, irregularidade na modalidade de contratação quanto à legislação trabalhista vigente no país, e apontavam falta de rigor na abertura de escolas médicas^{47,48,58}. A Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) defendia que a criação do PMM era falaciosa, considerando como problemas prioritários da saúde pública brasileira a ausência de infraestrutura e de gerenciamento adequado das unidades de saúde⁵⁵.

Ainda nesse contexto, pôde-se incluir as Organizações Sociais, a Fundação Hospitalar de Minas Gerais e os partidos políticos de oposição ao governo: PSDB e o DEM. Estes atores defendiam que o PMM era uma ameaça à saúde das pessoas, devido à não exigência de revalidação dos diplomas dos médicos estrangeiros; assinalavam a existência de políticas fragmentadas relacionadas a Recursos Humanos no SUS, falta de supervisão ou tutoria, com situações em que os intercambistas atendiam sozinhos, e a dificuldade de comunicação (no idioma português)^{4,5,35,36,38,40-49,52,53,55,59-71}.

Esse cenário, apesar de evidenciar a disposição dos grupos de oposição e da base aliada do governo e uma diversidade de interesses no processo, culminou com a aprovação da Lei nº 12.871/2013^{15,16,18,35}. Independente das polêmicas, Kamikawa e Motta⁴⁹ correlacionaram a elaboração da MP com uma tentativa de garantir o direito à saúde da população.

Quadro 3. Identificação dos documentos e posicionamentos dos atores sociais quanto às etapas de formulação e implementação do PMM

Tipo de atores	Posicionamento	Ator	Documentos
GOVERNAMENTAIS	Ator central	MS; MEC	Oliveira et al. ⁶ ; Pinto et al. ¹⁰ ; Couto ¹⁶ ; Cyrino et al. ²⁶ ; Cambriocoli ²⁷ ; Cebes ²⁸ ; Carvalho ²⁹ ; Chioro ³⁰ ; Aquino ³¹ ; Carvalho ³²
	Aliados	Opas; OMS; Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; Isabel Emilia Prado da Silva (apoiadora do PMM no MEC); AGU; CUT; Frente Nacional de Prefeitos; CONASEMS; Advocacia Geral da União (AGU); Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA).	Brito ⁵ ; Couto ¹⁶ ; Molina et al. ¹⁹ ; Durcan; Targa ²⁰ ; Silva ²¹ ; Molina ⁵⁰
	Oponentes	Ronaldo Marques Gomes (Secretaria de Saúde do RJ); Robespierre Costa Ribeiro (Fundação Hospitalar de MG); deputado Marcus Pestana (PSDB-MG); Líder do DEM, Mendonça Filho (PE); Deputado Ronaldo Caiado (DEM-GO); Cyro Miranda (PSDB-GO).	Gomes ⁶⁶ ; CFM ⁷⁰
	Indiferentes	MPT; Coordenadoria Nacional de Combate às Irregularidades Trabalhistas; Tribunal de Contas da União (TCU); Integrantes da Comissão Mista – presidente: senador João Alberto Souza (PMDB/MA); vice-presidente: deputado Francisco Escórcio (PMDB/MA); relator: deputado Rogério Carvalho (PT/SE); e relator-revisor: senador Mozarildo Cavalcanti (PT/RR).	Brito ⁵ ; Couto ¹⁶ ; CFM ⁷¹⁻⁷³ ; Formenti; Rosa ⁷⁵
NÃO GOVERNAMENTAIS	Ator central	-	-
	Aliados	Mário Scheffer (USP); Gastão Wagner de Sousa Campos (Unicamp); Cebes; Lourdes Mann, médica cubana; CEBES; Central Única dos Trabalhadores (CUT); Conectas – Organização Não Governamental em Defesa dos Direitos Humanos; Associação Ordem dos Bacharéis do Brasil.	Couto ¹⁶ ; Scheffer ³⁹ ; Campos ⁵¹ ; Ferreira ⁶⁸
	Oponentes	CFM; AMB; ABEM; Fenam; Associação Nacional dos Médicos Residentes; Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem); Caroline Reis (Unimontes); Bruno Caramelli (USP); Marina Salles (USP); Hélio Angotti Neto (Unesc); Ribas Didier Roberto Torres (Seconci-SP – Organização Social); Alberto Schanaider (UFRJ); Gisele Keiko Kamikawa (Unicesumar); Ligia Bahia (UFRJ); Fórum de Estudantes da ENSP/Fiocruz; Unicamp, USP e Unifesp; Associação Médica Nacional Dr ^a Maíra Fachini (AMN-MF); Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU).	Angotti Neto ⁴ ; Brito ⁵ ; Santos ³⁴ ; Mendes ³⁶ ; Schanaider ³⁸ ; Ferreira ⁴⁰ ; CFM ⁴¹ ; D'ávila ⁴² ; CFM ⁴³ ; CFM ⁴⁴ ; CFM ⁴⁷ ; Cunha ⁴⁸ ; Motta ⁴⁹ ; Pinho ⁵² ; Martins ⁵³ ; CFM ⁵⁴ ; Salles ⁵⁵ ; Torres ⁵⁹ ; Gonçalves ⁶¹ ; Caramelli ⁶² ; Cebes ⁶³ ; Kamikawa; Cueto et al. ⁶⁴ ; CFM ⁶⁵ ; Gomes ⁶⁶ ; CFM ⁶⁷ ; Ferreira ⁶⁸ ; CFM ⁶⁹⁻⁷¹
Indiferentes	Mônica Sampaio (UNB); Paulo Henrique (Univ. Estácio de Sá); Indyara Morais (UNB); Liege Scremin (Unibrasil); Renato Meirelles (Data Popular); Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)	Brito ⁵ ; Morais et al. ¹⁵ ; Carvalho ³²	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os documentos revelaram atores com posicionamento indiferente ou contraditório frente ao PMM, como algumas IES e órgãos de controle do Estado, como o Ministério Público do Trabalho (que discorda da forma de contratação trabalhista), a Coordenadoria Nacional de Combate às Irregularidades Trabalhistas (que defendia a inserção profissional por intermédio de concurso público, em atendimento aos ditames constitucionais), o Tribunal de Contas da União (TCU) e a Comissão Mista^{18,54,71-75}.

Quanto à Comissão Mista, apesar das inúmeras emendas apresentadas, não foi possível identificar a construção do consenso quanto às prioridades que constituíram a agenda estratégica propriamente dita, tendo em vista a atuação dos parlamentares direcionada a atender interesses próprios e partidários, fato consubstanciado pelo elevado número de propostas apresentadas e pelo alto percentual de emendas rejeitadas pela CMI que analisava a MP¹⁶.

Os indiferentes elencaram também alguns desafios na etapa de formulação do PMM: alta rotatividade dos profissionais entre os municípios⁶¹; necessidade de revisão da formação médica¹⁵; insuficiência de vagas nos cursos de graduação em Medicina, em todas as regiões do país¹⁵; e o fato de que o PMM era uma iniciativa que visava uma maior regulação do Estado sobre a profissão médica⁵¹ e baixa adesão e atuação de médicos brasileiros na primeira etapa do PMM^{18,54,71-74}.

Considerações finais

Esta revisão documental cumpriu o propósito de elencar os eventos críticos, as motivações e identificar o processo de formulação e implementação do PMM, estabelecendo-se um jogo de condução, que incluiu “concessões” e “negociações” em torno dos interesses e posicionamentos dos atores sociais, considerando o pressuposto da priorização da atenção primária e da ampliação da inserção de profissionais com formação adequada para atuar na saúde pública. Contudo, cabe enfatizar que, para que um programa dessa natureza se mantenha, é necessário fortalecer o desenvolvimento de estratégias de médio e longo prazo relacionadas à formação e qualificação dos médicos.

Apesar de o PMM ter sido implementado em um contexto politicamente favorável e de os resultados preliminares de alguns estudos evidenciarem a ampliação para 65% dos municípios e em todas as regiões do país (13% no Norte; 35% no Nordeste, 27% no Sudeste, 17% no Sul e 6% no Centro-Oeste)⁷⁶, incluindo a extensão do acesso dos usuários quilombolas aos serviços de saúde⁷⁷, persistiram as polêmicas relacionadas às questões trabalhistas.

O termo de cooperação com a Opas, apesar de ter contemplado médicos de 47 países, apontou divergências quanto à contratação dos médicos cubanos. Os artigos destacaram, especialmente, a baixa remuneração dos profissionais, devido à apropriação de parte do salário pelo governo, a inexistência de garantias trabalhistas e de direitos relacionados à mobilidade destes e dos seus familiares⁵⁰⁻⁵². Tal situação a que estavam submetidos gerou manifestações de descontentamentos e proposições para aprofundar o debate com a sociedade sobre a pertinência dessa modalidade de contratualização dos profissionais cubanos.

Por fim, mesmo submetido a tantos questionamentos e a algumas incertezas, notou-se que o PMM foi uma estratégia importante no que tange à regulação de recursos humanos para o SUS e tem um papel de destaque para a ampliação do acesso à saúde e o fortalecimento da Atenção Básica no país.

Colaboradores

Rebeca Amorim de Jesus participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados e da redação do artigo. Maria Guadalupe Medina participou da concepção e revisão do artigo. Níli Maria de Brito Lima Prado participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, discussão dos resultados, revisão do artigo e aprovação da versão final do artigo.

Referências

1. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES; 2012. p. 7-74.
2. Giovanella L; Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493-545.
3. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Sousa MF. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. p. 353-70.
4. Angotti Neto H. Políticas de interiorização do médico brasileiro. Rev Ibérica. 2013; 21(7):41-56.
5. Brito LM. Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das unidades básicas de saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico [Monografia]. Ceilândia (GO): Faculdade de Ceilândia, UnB; 2014.
6. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AMF, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 54(19):623-34.
7. Scheffer M. Demografia Médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Conselho Regional de Medicina; 2015. 284 p.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 439, de 07 de abril de 2011. Brasília, DF: MS; 2011.
9. Magno LD, Paim JS. Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2015; 9(4):1-14.
10. Pinto HA, Sales MJTS, Oliveira FPO, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. Rev. Saúd Debate. 2014; (51):105-20.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária. Brasília; 2005.
12. Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. Brasília: Conselho Regional de Medicina; 2011.
13. Universidade Federal de Minas Gerais. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde: relatório técnico de projeto. Belo Horizonte, Faculdade de Medicina; 2009.
14. Santos LLR. Demografia médica: provimento e fixação de médicos em áreas de maior vulnerabilidade [monografia]. Rio de Janeiro (RJ): Departamento de Estudos da Escola Superior de Guerra; 2013.
15. Morais I, Alkmin D, Lopes J, Santos M, Leonel M, Santos R, et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(2):112-20.
16. Couto MP. O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil [dissertação]. Curitiba (PR): Setor de Ciências Sociais Aplicadas, UFPR; 2015.
17. Medida Provisória n.º 621/2013, de 08 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Convertida na Lei n.º 12.871/2013. Brasília (DF): Diário Oficial da União. 2013.

18. Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União. 2013.
19. Molina J, Suárez J, Cannon LRC, Oliveira G, Fortunato MA. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2014; (52): 190-220.
20. Durcan MS, Targa LV. Médicos para atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comun*. 2014; 32(9):233-34.
21. Silva EPS. Tem hora que a gente se pergunta por que é que não se junta tudo numa coisa só? Programa Mais Médicos para o Brasil: caminhos da intersectorialidade [monografia]. Brasília (DF): Faculdade de Educação, UFRGS; 2014.
22. Teixeira CF. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. In: Carmen Fontes Teixeira, organizadora. Salvador: EDUFBA; 2010.
23. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA; 1996.
24. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Governo já fala em prorrogar Mais Médicos até 2019. CEBES, 20 maio 2014 [citado 2 Out 2015]. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/05/governo-ja-fala-em-prorrogar-mais-medicos-ate-2019/>>
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF: MS; 2015.
26. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1):5-10.
27. Cambriocoli F. Um quarto dos profissionais do Mais Médicos atua em capitais ou regiões metropolitanas. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 20 out. 2014.
28. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Mais Médicos leva 3,5 mil profissionais a todo o país e supera meta. CEBES, 15 abr. 2014. [acesso 2015 Jul 30]. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/04/3786/>>
29. Carvalho D. Para além da atenção básica, Mais Médicos amplia discussão sobre formação profissional. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 24 Mar. 2014.
30. Chioro A. Mais e melhores médicos para o Brasil. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 30 Jul. 2014.
31. Aquino Y. Mais Médicos vai ser avaliado e pode ampliar número de estrangeiros, diz Dilma. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Dez. 2013.
32. Carvalho D. Para OMS, o Mais Médicos só é bom para o Brasil se for temporário. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Nov. 2013.
33. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade. Brasília, DF: MS; 2012.
34. Santos RSO. Médicos brasileiros conservadores: o Programa Mais Médicos pela retórica da intransigência [monografia]. Brasília (DF): Faculdade de Ceolândia, UnB; 2014.
35. Padilha ARS, Oliva AM, Belchior MA. Exposição de Motivos Interministerial n.º 24-2013/MS-MEC-MP vinculada à Lei Federal n.º 12.871/2013. Brasília (DF); 2013.
36. Mendes BC. O programa MM trará bons resultados? [monografia]. Brasília (DF): Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, UnB; 2014.
37. Organização Mundial da Saúde (OMS). World health statistics. Genebra; 2011.
38. Schanaider A. Mais ou menos médicos. *Rev Col Bras Cirurg*. 2014; 41(5): 303-4.
39. Scheffer M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):637-40.

40. Ferreira S. Dois anos do Programa Mais Médicos. É para comemorar? Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2015.
41. Conselho Federal de Medicina. Fenam protocola denúncia e questiona o programa Mais Médicos junto ao TCU. 2013 [citado 07 Out 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24128:fenam-protocola-denuncia-e-questiona-programa-mais-medicos-junto-ao-tcu&catid=3
42. D'Avila RL. CFM denuncia ameaça à formação médica por políticas públicas. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2014.
43. Conselho Federal de Medicina. Para CFM, proposta do governo para a residência médica é temerária. Brasília; 2013 [citado 17 Nov 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=24038:para-cfm-proposta-do-governo-para-a-residencia-medica-e-temeraria
44. Conselho Federal de Medicina. CFM ajudou a reduzir danos causados pela MP 621 e não apoia "Mais Médicos", diz presidente. Brasília; 2013 [citado 17 Nov 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24232:cfm-ajudou-a-reduzir-danos-causados-pela-mp-621-e-nao-apoia-mais-medicos-diz-presidente&catid=3
45. Comitê Nacional de Mobilização das Entidades Médicas. MP 621/2013: fragilidades técnicas e legais que colocam a saúde da população em risco. 2013 [citado 05 Out 2015]. Disponível em: http://www.endocrino.org.br/media/uploads/PDFs/contrarraz%C3%B5es_mp_621.pdf
46. Diário do Senado Federal. 12 jul. 2013. p. 46584-46585 [citado 5 Out 2015]. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/159/diarios/BuscaDiario?tipDiario=1&datDiario=12/07/2013&paginaDireta=46584>
47. Conselho Federal de Medicina. Equívocos do Mais Médicos são apontados pela AMBr na Câmara dos Deputados. Brasília; 2013 [citado 17 Nov 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24139:-equivocos-do-mais-medicos-sao-apontados-pela-ambr-na-camara-dos-deputados&catid=3
48. Cunha RRC. Entidades médicas de Goiás anunciam mobilização em defesa da classe médica. Brasília: CFM; 2014.
49. Kamikawa GK, Motta ID. Direito a saúde e estudo da política pública do Programa Mais Médicos. Rev Jur Cesumar. 2014; 14(2):341-67.
50. Molina J. Para não perder o trem da história! Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(1):1-4.
51. Campos GWS. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Interface (Botucatu). 2015; 19(54):641-2.
52. Pinho MO. A intermediação de mão-de-obra na administração pública por meio de organismos internacionais: problemas quanto à efetividade das normas de proteção trabalhista [monografia]. Brasília (DF): Faculdade de Direito, UnB; 2014.
53. Martins IGS. Mais Médicos promove o "neoescravagismo" no Brasil, diz Ives Gandra. Brasília: CFM; 2014.
54. Conselho Federal de Medicina. Cubanos abandonam Programa reclamando de falta de pagamento. Brasília; 2014. [citado 12 Dez 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24799:cubanos-abandonam-programa-reclamando-de-falta-de-pagamento&catid=3
55. Salles M. O que falta discutir sobre a saúde pública brasileira. Rev Cult Ext USP. 2013; (10):11-7.

56. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2206, de 14 de Setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
57. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Mais Médicos atende demanda e cobre todos os distritos sanitários indígenas. CEBES, 08 set. 2014 [citado 5 Out 2015]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/09/mais-medicos-atende-demanda-e-cobre-todos-os-distritos-sanitarios-indigenas/>
58. Feuerwerker LCM. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão. Interface (Botucatu). 2013, 17(47):929-30.
59. Torres RDR. Mercado de trabalho para médico no Brasil. Debates GVsaúde. 2013; 36(3):30-6.
60. Conselho Federal de Medicina. Metade dos municípios com escolas médicas não possui estrutura para formar adequadamente os profissionais. Brasília: CFM; 2015 [citado 10 Dez 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25690%3A2015-08-25-12-46-30&catid=3%3Aportal&Itemid=46
61. Gonçalves CR. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. Saúde em Debate. 2014; 38(100):26-34.
62. Caramelli B. Os médicos estrangeiros: a questão da língua. Revi Assoc Méd Bras. 2013; 5(59):407-8.
63. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A interiorização do trabalho e da formação em saúde – Mais Médicos e Mais Reforma Sanitária. CEBES, 01 nov. 2013 [citado 05 Nov 2015]. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/08/A-interioriza%C3%A7%C3%A3o-do-trabalho-e-da-forma%C3%A7%C3%A3o-em-sa%C3%BAde-%E2%80%93-Mais-M%C3%A9dicos-e-Mais-Reforma-Sanit%C3%A1ria.pdf>
64. Cueto M, Benchimol J, Teixeira LA, Cerqueira RC. Pensar de Saúde do século XXI: Entrevista com Lígia Bahia. Hist, Ciênc, Saúde. 2014; 21(1): 93-107.
65. Conselho Federal de Medicina. Novas diretrizes curriculares fogem à realidade e às necessidades da formação, avaliam médicos. Brasília: CFM; 2015. [citado 04 Nov 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25703%3A2015-08-28-15-50-47&catid=3%3Aportal&Itemid=46
66. Gomes JBS. Mais Médicos não é Mais Saúde. CFM. 26 jun. 2015.
67. Conselho Federal de Medicina. Ministro da Saúde não quis enfrentar médicos e acadêmicos. Brasília: CFM; 2014 [citado 02 Nov 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24816:ministro-da-saude-nao-quis-enfrentar-medicos-e-academicos&catid=3
68. Ferreira G. Portaria do Mais Médicos reforça teoria de trabalho escravo, denuncia Fenam. CFM, 14 fev. 2014.
69. Conselho Federal de Medicina. Mais Médicos pode ser alternativa para reprovados no Revalida, suspeita. Brasília: CFM; 2013 [citado 07 Out 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24271:mais-medicos-pode-ser-alternativa-para-reprovados-no-revalida-suspeita-cfm-&catid=3
70. Conselho Federal de Medicina. Conselhos da área de saúde prestam apoio ao CFM contra o Mais Médicos. CFM, 23 out. 2013 [citado 07 Out 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24262:conselhos-da-area-de-saude-prestam-apoio-ao-cfm-contra-o-mais-medicos&catid=3

71. Conselho Federal de Medicina. Para CFM, importação de médicos cubanos é medida eleitoreira e irresponsável. Brasília: CFM; 2013 [citado 28 Nov 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24097%3Apara-cfm-importacao-de-medicos-cubanos-e-medida-eleitorea-e-irresponsavel&catid=3
72. Conselho Federal de Medicina. Mais três cubanos na BA, PE e MA abandonam programa do governo. Brasília: CFM; 2014 [citado 18 Out 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24482:mais-tres-cubanos-na-ba-pe-e-ma-abandonam-programa-do-governo&catid=3
73. Conselho Federal de Medicina. Ministério público diz que médica Cubana tem razão e que salário deve ser pago na íntegra. Brasília: CFM; 2014 [citado 24 Out 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24473:ministerio-publico-diz-que-medica-cubana-tem-razao-e-que-salario-deve-ser-pago-na-integra&catid=3
74. Conselho Federal de Medicina. MP vai questionar contratação pelo Mais Médicos. Brasília: CFM; 2013 [citado 30 Nov 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24292:mp-vai-questionar-contratacao-pelo-mais-medicos&catid=3
75. Formenti L, Rosa V. Contra críticas e deserções, Brasil quer convencer Cuba a pagar mais a médicos. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 19 fev. 2014.
76. Ministério da Saúde (BR). FIOCRUZ. Ministério da Educação e Cultura. Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos – Brasil – 2014-2016. [citado 10 Maio 2016]. Disponível em: <http://apsredes.org/mais-medicos/pesquisa/pesquisa-avaliativa-programa-mais-medicos>
77. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. Rev ABPN. 2015;7(16): 28-51.

Jesus RA, Medina MG, Prado NMBL. Programa Más Médicos: análisis documental de los eventos críticos y posicionamiento de los actores sociales . Interface (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1241-55.

Entre los desafíos para la consolidación de la Atención Primaria a la Salud (APS), como estrategia prioritaria para el redireccionamiento del modelo de atención a la salud en Brasil, se destaca la dificultad de fijación y provisión de profesionales de salud, prioritariamente médicos, en todo el territorio nacional. Este estudio, consiste en un análisis documental sobre los procesos de formulación e implementación del Programa Más Médicos (PMM) en el período de 2013 (período de publicación de la Ley nº 12.871/2013, que instituyó el PMM) a 2015. Las publicaciones seleccionadas permitieron el mapeo de los eventos críticos, intereses y la identificación de posicionamientos divergentes entre los actores sociales (aliados, oponentes o indiferentes) envueltos en las etapas de formulación de propuestas e implementación del programa. En lo que se refiere al análisis, por lo general, el PMM constituye un avance para la ampliación del acceso a la salud en el país.

Palabras clave: Más Médicos. Programa Más Médicos. Atención Primaria a la Salud.

Submetido em 16/06/2016. Aprovado em 22/05/2017.

O Projeto Mais Médicos para o Brasil:

desafios e contribuições à Atenção Básica na visão dos médicos cooperados

Hilton P. Silva^(a)
 Roseane Bittencourt Tavares^(b)
 Yamila Comes^(c)
 Lucélia Luiz Pereira^(d)
 Helena Eri Shimizu^(e)

Silva HP, Tavares RB, Comes Y, Pereira LL, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, et al. The More Doctors for Brazil Project - challenges and contributions to Primary Care in the vision of the cooperated physicians. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1257-68.

The More Doctors for Brazil Project (PMMB) was created in 2013 aiming to provide physicians to difficult to reach areas, and to offer to medical doctors from Brazil and other countries training in Family Medicine. This paper analyzes aspects related to motivations, processes and working conditions in Primary Care, the health situation, the functioning of the Brazilian National Health System (SUS), and the relationship with managers in the municipalities, using interviews with 44 Cuban physicians working in 32 municipalities of all regions of the country. Their reports show that they have an acute sense of observation and manage to compose a detailed diagnostic of their working environment, demonstrating the lack of support still prevailing in the Primary Care of the municipalities. However, they also show that, with adequate training, it is possible to do quality health care even in conditions of great adversity.

Keywords: Primary Health Care. Public Health. Rural areas. Medical education.

O Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi criado em 2013 visando prover médicos para áreas de difícil fixação de profissionais e oferecer treinamento em Saúde da Família para médicos brasileiros e estrangeiros. Neste artigo, são analisados aspectos relacionados às motivações, ao processo e condições de trabalho na Atenção Básica, à situação de saúde nos municípios, ao funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e à relação com os gestores, a partir de entrevistas com 44 médicos cubanos, trabalhando em 32 municípios de todas as regiões do Brasil. As falas mostram que os cooperados têm um agudo senso de observação e conseguem fazer um detalhado diagnóstico situacional de suas áreas de atuação, demonstrando a precariedade ainda prevalente na Atenção Básica nos municípios. Porém, eles também evidenciam que, com a adequada formação, é possível fazer atenção primária de qualidade, mesmo diante de grandes adversidades.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública. Zona rural. Formação médica.

Edgar Merchan-Hamann^(f)
 Ximena Pamela Bermúdez^(g)

^(a, b) Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, Universidade Federal do Pará. Cidade Universitária José da Silveira Netto R. Augusto Corrêa, 01, Campus Universitário do Guamá. Belém, PA, Brasil. 66075-900. hdsilva@ufpa.br, roseanebtavares@yahoo.com.br
^(c, e, f, g) Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília (UNN). Brasília, DF, Brasil. ycomes@gmail.com, shimizu@unb.br, merchan.hamann@gmail.com, ximenapam@gmail.com

^(d) Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. lucelia@unb.br

Introdução

Em 16 de outubro de 2013, o Senado Federal ratificou a decisão da Câmara dos Deputados e aprovou a Medida Provisória 621/2013, de criação do Programa Mais Médicos, que foi então encaminhada para sanção presidencial e se transformou na Lei nº 12.871, de 22/10/2013. No texto, destaca-se que a consecução dos objetivos do programa depende da reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica – fundada em parâmetros que alcancem as regiões com menor relação de vagas e médicos por habitantes – em novos parâmetros para a formação médica no país e na promoção do aperfeiçoamento de médicos na Atenção Básica (AB) em saúde nas regiões prioritárias do SUS. Dentro do programa, encontra-se o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) (artigos 13 a 22 da Lei 12.871/2013), no qual os médicos participantes, contratados por meio de editais, atuam no país com registro provisório emitido pelo Ministério da Saúde (MS). No entanto, aqueles que quiserem continuar exercendo a Medicina no Brasil, após os seus três anos no programa, terão de fazer revalidação do diploma obtido no exterior¹.

Considerando a amplitude do PMMB, que, entre agosto de 2013 e julho de 2014, fez o provimento de 14.462 médicos para todas as regiões do Brasil, torna-se relevante avaliar sua efetividade, como iniciativa que visa à realização do direito universal à saúde, por meio da melhoria do acesso da população à rede assistencial. O PMMB permite espaço para estudar a linha de base e as suas possíveis repercussões na organização dos fluxos de demanda e provimento, na estruturação da oferta de serviços de saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde do país.

Em 2014, foi iniciado esforço para desenvolver pesquisas empíricas que pudessem avaliar os impactos do PMMB e subsidiar o processo de tomada de decisão dos gestores das esferas federal, estadual e municipal, visando ao aperfeiçoamento das intervenções públicas em saúde. Este artigo resulta de uma destas iniciativas, tendo como foco específico o olhar dos médicos cooperados sobre a AB no Brasil, sobre o SUS e sobre como eles consideram que o PMMB influencia sua implementação e fortalecimento.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em 32 municípios selecionados aleatoriamente segundo os seguintes critérios de inclusão: a) ter 20% ou mais da população em situação de pobreza extrema, b) estar inscrito no primeiro ou segundo ciclo do PMMB, c) ter menos de cinco médicos em atuação, d) ter menos de 0,5 médico por mil habitantes na data de junho de 2013.

A amostra foi probabilística ponderada, construída com divisão proporcional ao número de municípios com as características descritas anteriormente. Aplicando os critérios de inclusão, resultaram 32 municípios de todas as regiões do Brasil: 14 no Norte, 12 no Nordeste, três no Sudeste, dois no Centro-Oeste e um no Sul⁽²⁾.

Foram analisadas 44 entrevistas semiestruturadas feitas com médicos cooperados dos municípios incluídos na amostra (16 homens e 28 mulheres). Optou-se neste artigo pela utilização do termo “médicos cooperados”, por ser o mais utilizado pelo MS devido ao acordo de cooperação entre Brasil e Cuba, que foi intermediado pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

⁽²⁾ Esta pesquisa faz parte do projeto multicêntrico intitulado “Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde”, financiado pelo CNPq e pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 41/2013.

Realizou-se uma entrevista nos municípios que tinham um médico do PMMB e duas nos municípios que tinham dois ou mais médicos do programa. Optou-se por utilizar neste artigo apenas os registros dos médicos de nacionalidade cubana, uma vez que aqueles profissionais têm formação prévia específica na área de AB/Medicina de Família e compõem a maioria absoluta dos médicos do programa.

A partir das narrativas dos médicos, categorizou-se a informação e quantificaram-se os resultados, utilizando-se a técnica de análise quantitativa e descritiva (frequência) dos depoimentos profissionais por meio do programa AtlasTI versão 7 e técnicas de análise de conteúdo^{2,3}.

Emergiram das entrevistas as seguintes categorias temáticas: motivações para participar do PMMB, processos e condições de trabalho na AB; situação de saúde nos municípios e funcionamento do SUS e a relação dos médicos com os gestores.

O trabalho de campo foi realizado entre novembro de 2014 e junho de 2015. Tratou-se da primeira etapa da avaliação do projeto, que ocorrerá em três etapas envolvendo, além de médicos, gestores, outros profissionais de saúde e usuários dos municípios selecionados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FS-UNB) e todos os médicos entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual detalharam-se o objetivo da pesquisa e as condições da sua participação.

Resultados

Motivações

Dentre as motivações dos profissionais cubanos para participar do PMMB, destacou-se a relação entre a formação da Medicina no seu país e a vocação internacionalista, bem como a de solidariedade, na qual a “colaboração para ajudar e para servir” faz parte do processo de formação profissional cubana.

Na formação nossa nós temos como premissa fundamental ser internacionalista, prestar serviço onde precisa de nossos serviços [...] Precisava cumprir uma missão aqui no Brasil, um projeto numa área mais carente e dei minha posição participar aqui, ajudar a melhorar a saúde aqui do Brasil [...]. (Med. 28 – PA)

O motivo realmente foi: nós temos uma formação desde nosso berço de solidariedade, então foi lançada essa proposta no nosso país e todos ficamos muito motivados, era um país que todos gostávamos, o Brasil. (Med. 23 – AP)

Outros destacaram “o sonho” de conhecer o Brasil e o SUS, viajar e conhecer outras culturas, viver outras experiências e conhecer modos de vida e doenças diferentes. O aspecto econômico foi também mencionado algumas vezes, considerado uma “boa oportunidade financeira”, assim como responder a uma demanda do governo cubano. Chama a atenção que muitos dos profissionais que estão no Brasil já tinham experiências similares em outros países, em especial, em países da América Latina, como Venezuela, Bolívia, Honduras e México, além de países de outros continentes, como China e Nigéria. Muitos inclusive permaneceram nesses países por alguns anos, como se observa nos depoimentos a seguir:

Na missão da Venezuela, que foi a missão “Bairro a dentro”, foi uma missão também muito bonita, que chegamos pela primeira vez em 2003, novembro de 2003, a Venezuela. Também trabalhei em zona rural e no centro de Venezuela [...] como médica geral/integral e Medicina comunitária. A experiência foi muito boa, porque no início não tinha consultório onde trabalhar e iniciamos o trabalho casa a casa. (Med. 20 – PA)

Eu me iniciei na Cuba e tive a possibilidade de trabalhar na Venezuela, isso também foi uma grande experiência profissional, eu me nutri de muito, muito conhecimento, além de compartilhar com outras culturas e costumes que sempre produz um enriquecimento pessoal, profissional e humano. (Med. 23 – AP)

Para outros profissionais, a experiência em Cuba é também um elemento importante na motivação para o exercício da Medicina em outros territórios, pois possibilitou praticar a profissão nas áreas rurais e no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS); na Medicina Integral; e nos consultórios populares:

E desde que comecei estou trabalhando no interior assim, como aqui. Na área rural de lá, me deram casa e tudo que preciso para o trabalho. (Med. 1 – PR)

Fiquei em Cuba dois anos trabalhando de assessor municipal do programa de Atenção Materno-Infantil. Dois anos depois parti para Bolívia [...]. Voltei novamente à Cuba, continuei trabalhando lá dois anos igual, consulta, consultório popular, fazendo plantão [...]. (Med. 21 – PA)

Processos e condições de trabalho na Atenção Básica

Uma das primeiras observações nas entrevistas desses profissionais diz respeito à organização da jornada de trabalho. Os médicos relatam que trabalham, em geral, oito horas diariamente, com exceção de sexta-feira, dia estipulado para participar do curso de especialização em Saúde da Família que também constitui parte das atribuições pactuadas no PMMB, com o intuito de contribuir para a formação dos médicos intercambistas e, nesse processo, apresentar a eles a forma como se estrutura, no Brasil, o modelo de APS e desenvolver estratégias de educação permanente. De acordo com alguns dos entrevistados, o horário deve ser cumprido rigorosamente, pois é necessário que os médicos estejam disponíveis a serviço da população. Entretanto, essa carga horária pode ser ultrapassada devido à necessidade de atender pacientes por demanda espontânea e por emergências ou, ainda, em visitas domiciliares em áreas distantes. Ademais, percebe-se que o trabalho cotidiano é organizado em função das peculiaridades do lugar de inserção e das demandas locais. Em uma situação típica, o médico relata: “Faço consultas de oito horas às doze horas e meia, mais ou menos. E à tarde eu faço consulta de duas às cinco ou saio para fazer visita domiciliar também em toda à tarde”. (Med. 2 – MG)

Foram apontadas pelos profissionais inconvenientes do trajeto e do tempo de percurso para chegar ao Posto de Saúde, pois, em muitos casos, a comunidade na qual trabalham fica distante do centro da cidade onde estão suas residências. Em algumas ocasiões, por falta de gasolina ou de transporte, não conseguem se deslocar para a Unidade Básica de Saúde (UBS), precisando fazer longas caminhadas ou adquirir transporte próprio.

Para a organização da escala de trabalho, os médicos afirmaram que efetuam tanto consultas agendadas quanto as que chegam às unidades por demanda espontânea, além das consultas relativas aos programas específicos (diabéticos, hipertensivos, crianças, puérperas, entre outros). Realizam as visitas domiciliares consultando e aconselhando idosos, crianças, gestantes, pessoas com doença mental, acamados, etc. Desenvolvem também atividades educativas (principalmente na forma de palestras) na própria UBS, em escolas ou nas rádios da cidade. Nessas atividades, abordam-se vários temas que podem estar relacionados aos programas de Saúde ou a assuntos relevantes para a Saúde Pública. Eles participam ainda das reuniões regulares, que acontecem com periodicidade mensal, semanal ou quinzenal, com a finalidade de planejar as atividades da unidade.

Embora saibam que são autorizados pelo MS somente para exercer sua profissão em ações na AB previstas pelo programa e na localidade indicada pelo ministério, não podendo, assim, realizar atendimentos de urgência e emergência, em alguns casos eles atendem, pois, para eles, “a vida das pessoas é o mais importante”. Os relatos mais frequentes podem ser sintetizados pela fala a seguir:

A carga horária é dividida em atendimentos na unidade (agendados, atendimento de demanda emergente, atendimento às gestantes e às crianças); um turno é utilizado para visitas

domiciliares; um dia, atendimento na zona rural em diferentes lugares; um turno, reunião com a equipe do [Programa Saúde da Família] PSF; e atividades educativas nas escolas, quando há campanhas temáticas. (Med. 10 – AL)

Segundo os relatos, o número de pacientes atendidos por dia varia entre dez e cinquenta pessoas. Para alguns, a média de atendimentos em um dia oscila entre 25 e 35 pacientes, o que é considerado uma grande demanda. Há também considerável diferença de acordo com o dia da semana. Um fator que influencia o número de consultas é o tempo dedicado a cada paciente. Alguns afirmaram que varia entre dez e 15 ou entre dez e vinte minutos, pois são muitos pacientes para poucas horas de trabalho. Afirmaram que esse tempo depende de vários fatores, como a doença investigada; o paciente (se é conhecido ou se vem pela primeira vez à consulta); a idade; a comunidade de origem; os tipos de exames físicos precisam ser feitos; a necessidade de escutar o paciente, de fazer a anamnese detalhada e, ainda, da instrução sobre a medicação prescrita; e se é uma consulta normal ou uma urgência. Gestantes e pacientes com doença mental requerem mais tempo. A consulta pode chegar a quarenta minutos, se for preciso, dependendo do quadro clínico do paciente, incluindo a prescrição de exames, em especial, se for um indivíduo que está se consultando pela primeira vez.

Dependendo de cada patologia, temos pacientes e pacientes; eu dedico o necessário, eu não estou enxergando o tempo. Tentamos de ver o que o paciente tem e chegar a uma conclusão. (Med. 4 – AP)

As visitas domiciliares são realizadas, na maioria das vezes, com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mas, também, com a enfermeira e/ou outros membros da equipe. Segundo eles, atualmente ocorrem mais visitas do que antes. Em alguns casos, a notificação da demanda pode ser feita pelo próprio médico quando percebe nas consultas na unidade a necessidade de acompanhar mais de perto determinada situação. A programação das visitas domiciliares pode não ser fixa, ocorrendo apenas quando um membro da equipe o considera necessário, ou uma ou duas vezes na semana, no período da manhã ou da tarde, geralmente depois das 15h. Segundo os cooperados, no momento da visita, verificam-se a situação econômica, a situação de saúde da família, o percurso de uma casa para outra, o ambiente, o quintal das casas, se tem lixo, se tem água parada, se tem erva daninha, se usam hipoclorito, como o utilizam e os procedimentos na preparação da comida das crianças. Em outras palavras, verifica-se “o modo geral de condição de vida da pessoa e qualquer coisa que possa trazer prejuízo à saúde da população”, além da consulta ao caso específico que originou a visita. A quantidade de casas visitadas por semana oscila, podendo ser entre duas e dez. Em um único dia de visita, podem ser atendidos de dez a 15 pacientes.

Em relação à visita domiciliar:

A gente olha a casa, a relação do usuário com a família, da família com o usuário, e dele com ele mesmo, e fazemos educação, promoção e reabilitação. O perfil dos usuários que têm visita domiciliar é de pessoas idosas sem caminhar, acamados, puérpera, cesariana. Os motivos podem ser diversos, desde que haja a necessidade. Fazemos até quatro visitas por vez. (Med. 9 – BA)

As principais dificuldades relatadas para a realização das visitas estão relacionadas com a falta de transporte por parte das prefeituras. A locomoção ocorre principalmente por meio de carro ou de voadeira (lancha a motor, presente principalmente na região Norte), quando a comunidade é ribeirinha, e até mesmo de moto. Os veículos pertencem às vezes aos próprios médicos ou aos profissionais que trabalham na equipe. Já ocorreram inclusive acidentes de carro no percurso das visitas. O período de chuvas é sempre um empecilho, pois com frequência o transporte não consegue chegar a alguns locais de difícil acesso.

Outro problema indicado é a segurança. Alguns médicos relatam que não estão mais fazendo visitas porque foram assaltados, tendo demandado maior segurança sem obter resposta do Poder Público.

A situação da Atenção Básica e de saúde nos municípios

Sobre a situação de saúde dos municípios, a maioria dos médicos indica que são detectadas com mais frequência doenças e distúrbios, tais como hipertensão, sobrepeso, hipercolesterolemia, diabetes, doença mental, cardiopatias, doenças respiratórias, asma brônquica, dores nas regiões dorsal e lombar, acidentes vasculares cerebrais e agravos ocasionados por acidentes de moto, uso de drogas e alcoolismo. Outros médicos falaram sobre a ocorrência frequente em seus municípios de doenças infecciosas, como diarreias, infecções de transmissão sexual, (HIV, condiloma, sífilis), leishmaniose, hanseníase, tuberculose, verminoses, dengue, gripe, malária e hepatites. Algumas aparecem somente na época das chuvas, outras têm uma relação muito grande com o consumo de água de má qualidade e com a existência de esgoto não tratado.

Para muitos entrevistados, há diversas situações difíceis/críticas e expressiva carência de atenção médica nos municípios. Outros supunham que a situação estivesse pior, pois eles têm conhecimento da situação de saúde em outros países e também de outros municípios do Brasil onde tem algum médico conhecido. Alguns esperavam uma prevalência maior de doenças, devido à pobreza dos municípios atendidos pelo programa.

Segundo eles, os municípios precisam promover formas de desenvolvimento local e implementação de políticas que superem as condições impróprias do ambiente, da gestão do lixo, da água potável e da presença de animais transmissores de doenças, sendo que reconhecem que a população é grande e que os recursos humanos de saúde são escassos. Porém, houve também alguns médicos que consideraram a situação do seu município boa, apesar das dificuldades.

As falas dos médicos revelam que eles observaram diversas demandas urgentes, tais como numerosas pessoas que tomam remédios controlados e/ou sem receita, a desorganização da AB municipal, com equipes de saúde incompletas, fluxo interrompido de acompanhamento regular dos pacientes e falta de ações de prevenção, promoção e de reabilitação.

Na perspectiva desses profissionais, algumas práticas culturais e falta de ações de educação em saúde contribuem com a persistência de determinadas doenças que, por meio de processos educativos e dispositivos de prevenção, poderiam ser solucionadas, uma vez que são doenças evitáveis. Entretanto, para isso, é preciso haver mudanças e organizar componentes na própria rede de APS visando melhorar os indicadores. Eles enfatizam que, de um modo positivo, com trabalho, dedicação e amor, as mudanças seriam possíveis e ajudariam a construir outras condições de vida e de saúde.

Contudo, é necessário considerar que a vulnerabilidade social da população é um grande desafio para as ações de educação em saúde, devido ao baixo nível educacional e à existência de estilos de vida difíceis de mudar. Dadas as circunstâncias de vida, a população possui, no geral, hábitos alimentares pouco saudáveis (comida muito salgada e gordurosa e com poucas frutas, verduras e legumes).

Na perspectiva de alguns profissionais, porém, a vulnerabilidade social das comunidades não compromete seu trabalho, pois a pobreza não é um obstáculo absoluto para a saúde. Em muitos casos, a população mora perto do posto e os médicos se engajam em ações educativas. No entanto, para os entrevistados, é necessário mais trabalho, aumentar o número de palestras e proporcionar cursos complementares aos ACS, para os residentes das comunidades, e isso acaba sendo uma motivação para eles trabalharem mais.

Aqui [...] temos que ter consciência que é uma população pobre, uma população com baixo nível educacional, os hábitos higiênicos também influem no quadro epidemiológico [...] E assim, influi muitos fatores. Mas mesmo assim acho que temos modificado um pouco o quadro de saúde do município. (Med. 28 – PA)

Avaliação do funcionamento do SUS e da relação com os gestores

Sobre os serviços de saúde, os médicos relataram que é necessário desenvolver melhorias na organização, devido à existência de diversos problemas, como a insuficiência constante de

medicamentos e a falta de combustível para o transporte do médico – o que impede que seja feita a visita domiciliar –, frequentes trocas nos gestores, carência de recursos para o atendimento cotidiano e falta de profissionais de Medicina nos plantões dos hospitais – que acabam precisando atender a muitos pacientes.

Esta fala do médico demonstra as carências: “Para proceder o trabalho na unidade, o mais dificultoso é a carência de insumos, que tenha o medicamento dos pacientes, que podem sair com os medicamentos indicados, cumprir o tratamento para curar-se. Que se tenha febre, possa injetá-lo, seringa, agulha, que haja medicamentos” (Med. 27 – PA).

Os laboratórios não funcionam adequadamente e há dificuldades para marcar consultas com médicos especialistas. Somam-se a esses problemas as limitações na infraestrutura das unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) – muitas estão em reforma ou em construção –, tendo sido relatados vários obstáculos à adequada atenção, tais como a falta de ventilação nos consultórios (os médicos precisam levar seu próprio ventilador); falta de banheiro em muitos casos; iluminação inadequada; e não há sala de curativos, sala de enfermagem e sala de imunização. Também foi relatada pela maioria dos entrevistados carência de equipamentos básicos como otoscópio, curativos, estetoscópio, fitas métricas, antropômetros, balanças, esfigmomanômetros, *kit* hanseníase, pinças, espéculos ginecológicos, material para sutura, glicosímetros, negatoscópios, eletrocardiógrafos e macas. Finalmente, eles mencionam problemas com a referência e contrarreferência. Por exemplo, quando o paciente é encaminhado para o especialista, há uma grande demora entre o pedido e a avaliação daquele profissional. Por tal motivo, muitos pacientes, quando podem, acabam procurando um médico particular devido a essa demora.

Agora mesmo, o hospital está em reforma. Isto traz problema de encaminhamento, de paciente que precisa urgente. Isto me chama a atenção porque isto é a atenção primária daqui, é a vinda do hospital. Tem problema com o problema de fazer o raio X, não tem eletrocardiograma, mamógrafo. (Med. 41 – AM)

Segundo os entrevistados, dificuldades são frequentes também na realização de exames solicitados pelo médico, pois alguns são realizados somente nas capitais dos estados, que ficam distantes, muitas vezes impossibilitando que o exame seja levado a cabo e, conseqüentemente, que seja realizada uma análise integral do paciente. Dentre os problemas de transporte, destaca-se que não há ambulâncias ou que estas são insuficientes para levar os pacientes para tratamento fora do domicílio. Porém, para um número menor de cooperados, a organização não é perfeita, mas ainda assim é boa, pois consideram que há um bom atendimento: todos os que necessitam são encaminhados, os serviços são melhor organizados nesses casos e as UBS deles estão bem equipadas. Há equipes completas com dentistas, médicos, enfermeiros e ACS, e referem boa integração com os hospitais, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), ambulâncias, etc.

As narrativas revelam dificuldades para realizar ações de acompanhamento a pacientes, que poderiam ser resolvidas nesse nível de atenção, mas que faltam alguns instrumentos adequados de trabalho básico: “Temos um problema muito grande que é com as grávidas. Nós não temos estetoscópio [...], isso é para detectar o batimento cardíaco fetal, temos problemas com isso. Atualmente estou fazendo com meu estetoscópio, que é difícil, mas que eu trato de logo escutar o batimento cardíaco-fetal [...]” (Med. 37 – PA).

Por outro lado, na relação com os gestores e demais profissionais, todos os médicos relataram que a interação é boa, pois buscam resolver qualquer problema que o médico tenha. Os médicos dizem que compartilham tudo com eles e que, em geral, não têm ocorrido problemas com outros médicos especialistas ou dos plantões. Há uma boa relação com todos os profissionais, não só de trabalho, mas de amizade. Os médicos se sentiram bem acolhidos por essas pessoas e elas sempre perguntam se está tudo bem; são como uma família. Inclusive, alguns se sentem como se estivessem em Cuba.

Segundo um dos entrevistados:

O relacionamento entre os gestores e os outros profissionais é bom, com os profissionais que a gente tem contato. O pessoal do Nasf é muito receptivo e sempre que precisei deles, eu não posso reclamar. E o que estava nas mãos deles, eles fizeram, não tenho nada a reclamar. O pessoal do CTA também. Na secretaria também [...] Mas acolhimento não faltou. (Med. 25 – PA)

Discussão

Os resultados deste estudo demonstram que os médicos cooperados mostraram-se bastante motivados para trabalhar em áreas remotas e de difícil provimento, objetivo principal do PMMB. A solidariedade foi recorrente no discurso desses médicos, como um valor que evocou a disposição para ajudar as pessoas que vivem em áreas longínquas, com escasso acesso aos serviços de saúde. Trata-se da solidariedade social, de alcance coletivo, que ultrapassa fronteiras e fundamenta-se no vínculo do reconhecimento recíproco entre as pessoas, isto é, pela necessidade das pessoas, enquanto seres sociais⁴.

A formação ético-humanista, que pressupõe a inclusão das dimensões subjetivas do adoecimento e oferece maior visibilidade às questões culturais e sociais, em uma compreensão ampliada do processo saúde-doença⁵, contribui para reforçar o senso de responsabilidade social dos médicos⁶.

Ademais, muitos dos médicos já haviam tido experiência prévia de trabalho em Cuba na APS e em outros países. A necessidade de prestar serviços em outros países está incluída no processo de formação médica cubana⁶. Dessa forma, os médicos devem apresentar disponibilidade para cumprir com as “missões”, ou seja, ir para outros países que necessitam de ajuda, mais precisamente, da mão de obra médica. São também reconhecidos os benefícios trazidos pela oportunidade de os médicos trabalharem em diferentes países, além do aumento da habilidade técnica, o conhecimento de novas doenças e de sistemas de saúde diversos^{7,8}.

Na AB, os médicos foram inseridos prioritariamente nas unidades da ESF, que apresentam uma forma de organização peculiar, comprometida com a mudança do modelo de APS no SUS, com os seguintes pressupostos: uma concepção de saúde relacionada à qualidade de vida; a noção de equipe de saúde; a intervenção desta na família e na comunidade e ação intersectorial.

Ficou evidente que é central na organização do processo de trabalho da ESF a realização de consultas médicas, visitas domiciliares e a permanência do médico na área. Os médicos demonstraram grande compromisso em cumprir com toda carga horária de trabalho semanal, especialmente por entender que a população necessita de seus cuidados. Ficou claro que a demanda por atendimento médico, sobretudo por consultas, é bastante intensa e impõe um ritmo que, muitas vezes, dificulta uma atenção mais humanizada e qualificada às pessoas. Apesar disso, os entrevistados expressaram flexibilidade para atendimento da demanda espontânea, bem como de urgências e emergências (ainda que fora das suas atribuições específicas), especialmente devido à falta de serviços nas suas regiões de atuação que atendam a essas necessidades.

Além das consultas, os médicos afirmaram realizar atividades educativas, especialmente palestras nas unidades de saúde para os grupos de hipertensos e diabéticos, nas escolas e na comunidade. Realizam também visitas domiciliares, principalmente para as pessoas com dificuldade de locomoção, mas também por sua própria iniciativa. Nessas visitas, o olhar do médico parece abranger competências relacionadas à vigilância, que inclui a verificação do ambiente, das condições socio sanitárias e de vida das pessoas de sua área adscrita. O trabalho de “terreno”, isto é, extramuros da Unidade de Saúde da Família (USF) – principalmente a visita domiciliar –, é bastante valorizado pelos médicos cooperados.

Quanto à situação de saúde em áreas remotas, observou-se um perfil epidemiológico complexo, no qual convivem simultaneamente as doenças crônicas, doenças infecto-contagiosas e doenças originárias da escassez e da pobreza. Nesse sentido, alguns médicos cooperados demonstraram certa perplexidade, pois não esperavam encontrar essa situação em um país rico como o Brasil.

Apesar da disposição prévia para o enfrentamento do cuidado da população com grande vulnerabilidade social, por vezes, a forma como os médicos percebem as carências da população e organizam as práticas de cuidado sugerem uma forte influência do paradigma biomédico, que pode culpabilizar os usuários pelas dificuldades de cuidado com a sua própria saúde. Esses dados demonstram que, apesar dos investimentos da formação médica cubana para o trabalho na AB, o paradigma hegemônico influencia, também, as suas práticas. Tal paradigma limita a análise dos condicionantes e determinantes sociais, históricos e culturais da saúde e deve ser continuamente questionado na formação e na prática médica.

Além disso, esse modelo pode reforçar a lógica da medicalização, que impera no sistema de saúde ocidental, no qual se inclui o brasileiro, e que é danoso, pois reduz o potencial investimento na qualidade de vida da população. Para mudar essa lógica, é preciso maior valorização do saber generalista e humanista, na lógica da clínica ampliada, que reconhece que os sujeitos da clínica (cuidadores e cuidados) são possuidores de subjetividades que podem influenciar mutuamente nos encontros⁹. Ou seja, é necessário haver uma lógica centrada em um atendimento integral, com vínculo efetivo, dando início a um novo patamar de diálogo, centrado não apenas na doença, mas na situação do doente, no seu sofrimento e nas suas condições psicossocioexistenciais⁹.

O trabalho em equipe foi considerado satisfatório; todavia, parece transitar entre o modelo funcionalista, em que cada profissional é responsável pelas suas tarefas, tendo o médico como elemento central do processo de trabalho, e o modelo de trabalho colaborativo, em que todos os trabalhadores compartilham do cuidado em saúde das famílias e da comunidade¹⁰. Há indícios de compartilhamento de trabalho por meio das reuniões das equipes; contudo, as falas também demonstram fragilidade no planejamento das ações nas comunidades, notadamente em relação às ações intersetoriais. Embora os profissionais relatem realizar atividades de promoção e prevenção (palestras ao público e orientações aos moradores nas visitas domiciliares), estas ainda parecem figurar timidamente no planejamento das unidades de saúde.

A precariedade da infraestrutura do sistema de saúde em áreas remotas, mas também em áreas urbanas de todo o país, figura como um dos grandes desafios para a implementação da AB de qualidade, segundo diversas manifestações do Conselho Federal de Medicina¹¹ e segundo resultados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do Governo Federal^{12,13}. A carência nos serviços – relacionada desde ao ambiente físico inadequado, à falta de transporte, ao funcionamento da referência e da contrarreferência até aos insumos básicos para os cuidados – e as deficiências do sistema de saúde local – que não possui laboratórios seguros, médicos especialistas e outros serviços de média e alta complexidade – apresentam-se como grande gargalo para a atenção adequada à população.

Nesse sentido, apesar do bom diálogo com a maioria dos gestores locais, os médicos afirmaram sentir necessidade de melhor comunicação com os tomadores de decisão para discutir questões relativas à melhoria da infraestrutura dos serviços e do sistema de saúde local. Como cooperados, os médicos podem e devem demonstrar engajamento para melhorar o sistema de saúde do país onde prestam serviços.

Além disso, é notável a necessidade de maior investimento em trabalho em equipe, que considere inclusive a importância da participação dos usuários/comunidade. Nesse aspecto, é necessário problematizar que é preciso investir também na educação em saúde dos nossos usuários/comunidade, porque, culturalmente, esses já esperam médicos que os atendam rapidamente, que peçam exames e os mediquem, sem maiores discussões⁹. Como sugerem os resultados deste estudo, essa educação, por sua vez, não deve ser vista apenas como transmissão de conhecimentos médicos por meio do ato de depositar, transferir e transmitir valores e conhecimentos. É relevante que seja concebida, a partir da perspectiva dialógica, na qual o usuário/comunidade do serviço de saúde seja reconhecido como portador de um saber que pode ser base para uma prática emancipatória de ressignificação do processo saúde-doença-cuidado⁹.

O Brasil ainda vivencia grande carência de recursos humanos na área da Saúde, principalmente no que se refere às áreas rurais e às populações social e economicamente mais vulnerabilizadas^{14,15}, que

são o principal foco do PMMB. Embora controverso, o PMMB ampliou significativamente o acesso e a efetividade da AB no país¹⁶⁻¹⁸, contribuindo para a universalização da AB e o reforço à resolutividade do Sistema Nacional de Saúde, elementos hoje considerados fundamentais por um grande número de nações^{19,20}.

Considerações finais

O investimento em trazer profissionais estrangeiros com formação com ênfase em Medicina Familiar e Comunitária, especialmente os médicos cubanos, aponta para ampliação do acesso e da qualidade na produção do cuidado na AB, sobretudo em áreas remotas.

Apesar do pouco tempo nos municípios (entre seis e 12 meses para a maioria), os médicos cooperados já conseguiram fazer um detalhado diagnóstico situacional, que demonstra a precariedade da AB, que há muito é denunciada pelas entidades médicas e pela população. Ademais, demonstram que, com adequada formação e dedicação profissional, é possível fazer AB de qualidade, mesmo diante de grandes adversidades.

Como as entrevistas foram conduzidas ainda em um momento inicial da implementação do PMMB (2014-2015), quando os profissionais tinham pouca experiência nos seus locais de trabalho, há, nas opiniões dos profissionais, a necessidade de aguardar as próximas etapas de avaliação para analisar a consolidação ou a mudança do projeto e verificar quais resultados do programa foram efetivamente alcançados.

Agradecimentos

Aos órgãos financiadores, pesquisadores de campo do projeto e médicos cooperados, que gentilmente participaram das entrevistas.

Colaboradores

A contribuição de cada autor foi, pelo menos, a seguinte:

- 1 - Hilton P. Silva – Coordenação da pesquisa, concepção do artigo, análise primária e secundária dos dados, redação inicial do artigo, revisão final e submissão do artigo (autor).
- 2 - Roseane Bittencourt Tavares – Coleta de dados em campo, preparação de bancos de dados, análise primária dos dados, levantamento bibliográfico e redação do artigo (coautora).
- 3 - Yamila Comes – Desenvolvimento da metodologia da pesquisa, descrição da metodologia da pesquisa no artigo, tradução do resumo para espanhol e apoio na redação do artigo (coautora).
- 4 - Lucélia Luis Pereira – Descrição metodológica, tradução do resumo para inglês, discussão dos dados, revisão do artigo (coautora).

5 - Helena Eri Shimizu – Análise secundária dos dados, redação da discussão e revisão do artigo (coautora).

6 - Edgar Merchan-Hamann – Discussão dos resultados, redação da discussão, revisão final do artigo (coautor).

7 - Ximena Pamela Bermúdez – Análise e discussão dos dados secundários, revisão da bibliografia, formatação final do artigo (coautora).

Observação: Todos os autores leram e aprovaram a versão final do artigo.

Referências

1. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Medida Provisória nº 621/2013. Institui o Programa Mais Médicos; altera as Leis nºs 8.745, de 9/12/1993, e 6.932, de 07/07/1981; e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 10 Jul 2013 [acesso em 13 out 2015]. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_imp.jsessionid=7CD6D0862880808789CE90287211EDB4.node2?idProposicao=584020&ord=1&tp=reduzida.
2. Fernandes CA. Análise do discurso: reflexões introdutórias. 2ª ed.. São Carlos: Claraluz; 2008.
3. Gondim S, Fischer T. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. *Cad Gestão Soc.* 2009; 2(1): 9-26.
4. Fortes PAC. Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global. *Saúde Soc.* 2015; 24 Supl 1: 152-161.
5. Nogueira MI. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. *Physis.* 2014; 24(3):909-30.
6. Gorry C. Latin American Medical School Class of 2015: exclusive with Cuban-trained US Graduates. *MEDICC Rev.* 2015; 17(3):7-11.
7. Taylor AL, Dhillon IS. The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of health personnel: the evolution of Global Health Diplomacy. *Glob Health Gov.* 2011; 5(1):1-24.
8. Candice R, George G, Enigbokan O. The benefits of working abroad for British General Practice trainee doctors: the London deanery out of programme experience in South Africa. *BMC Med Educ.* 2015; 15:174. doi: 10.1186/s12909-015-0447-6. PMID: PMC4606846.
9. Hafner M, Moraes M, Marvulo M, Bracciali L, Carvalho M, Gomes R. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15 Supl 1:1715-24.
10. Shimizu H, Carvalho Junior D. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17(9): 2405-14.
11. Conselho Federal de Medicina. Fiscalização em cerca de mil unidades comprova sucateamento na Atenção Básica [Internet]. CFM. 2 Mar 2015 [citado 21 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25365:2015-03-02-15-36-16&catid=3.

12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Características das unidades de saúde [Internet]. In: Gestão da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. v.1. (Retratos da Atenção Básica – 2012, n.2). [citado 26 Out 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_2_vol_1.pdf
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Insumos e medicamentos nas unidades básicas de saúde [Internet]. In: Gestão da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. v.2. (Retratos da Atenção Básica – 2012, n.2). [citado em 26 out 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_2_vol_2.pdf.
14. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. Rev ABPN. 2015; 7(16): 28-51.
15. Scheffer M, coordenador. Demografia Médica no Brasil 2015. São Paulo; 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina.
16. Ribeiro RC. Programa Mais Médico - um equívoco conceitual. Cienc Saude Colet. 2015; 20(2):421-4.
17. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Ciênc Saúde Colet. 2015; 20(11): 3547-52.
18. TCU. Relatório de Auditoria Operacional no Programa Mais Médicos entre junho de 2013 e março de 2014. GRUPO I – CLASSE V – Plenário TC nº 005.391/2014-8 [internet]; 2014 [citado 20 Mar 2016]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/pdfs/TCU_Mais_Medicos.pdf.
19. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):623-34.
20. Dolea C, Stormont L, Braichet J. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ. 2010; 88(5):379-85.

Silva HP, Tavares RB, Comes Y, Pereira LL, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, et al. Proyecto Más Médicos para Brasil - desafíos y contribuciones para la Atención Primaria desde la perspectiva de los médicos cooperantes. Interface (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1257-68.

El Proyecto Más Médicos para o Brasil (PMMB) fue creado en el año 2013 con el objetivo de proveer médicos para áreas de difícil inserción de profesionales y ofrecer capacitación en salud de la familia para médicos brasileños y extranjeros. En este artículo se analizan las motivaciones, procesos y condiciones de trabajo en atención primaria; la situación de salud en los municipios, funcionamiento del Sistema Brasileño de Salud (SUS) y la relación con los gestores. Se realizaron 44 entrevistas con médicos cubanos, que trabajan en 32 municipios de todas las regiones del país. Las opiniones revelan que los médicos tienen un buen sentido de observación y han logrado realizar un diagnóstico situacional detallado de sus áreas de actuación. Estos profesionales ponen de manifiesto que, con formación adecuada, es posible desarrollar una atención primaria de calidad, a pesar de las grandes adversidades.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Salud Pública. Medio rural. Formación médica.

Submetido em 21/06/2016. Aprovado em 08/05/2017.

Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos

Carlos André Moura Arruda^(a)
 Vanira Matos Pessoa^(b)
 Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto^(c)
 Fernando Ferreira Carneiro^(d)
 Yamila Comes^(e)

Arruda CAM, Pessoa VM, Barreto ICHC, Carneiro FF, Comes Y, Trindade JS, et al. Perceptions of city health managers about the provision and activity of physicians from the More Doctors Program. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1269-80.

In Brazil, the challenge of redistributing physicians has been the subject of several government interventions. The objective of this paper was to analyze the provision of physicians through the More Doctors Program, according to city health managers. This was a qualitative study carried out with 63 managers in 32 Brazilian cities. The interviews were submitted to content analysis using ATLAS.ti software. It is noteworthy to highlight the contributions of the program physicians to improvements in health care, humanized and differentiated clinical practices, and changes to health care networks after implementation of the program. The managers reiterated the importance of the program in providing and securing physicians in primary health care in vulnerable and hard-to-access cities.

Keywords: Primary Health Care Physicians. Health Management. Public policies. Primary Health Care.

No Brasil, o desafio da redistribuição de médicos foi alvo de diversas intervenções governamentais. Objetivou-se analisar o provimento de médicos do Programa Mais Médicos, segundo as percepções de gestores municipais de Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo realizado com 63 gestores em 32 municípios do Brasil. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo com a ajuda do *software* ATLAS.ti. Destacam-se as contribuições dos médicos do programa na melhoria da Atenção à Saúde, nas práticas clínicas humanizadas e diferenciadas e nas mudanças na rede de Atenção à Saúde, após a implementação do programa. Os gestores reafirmam a importância da implementação, no que concerne ao provimento e à fixação de médicos na Atenção Básica, em municípios vulneráveis e de difícil acesso.

Palavras-chave: Médicos de Atenção Primária. Gestão em Saúde. Políticas públicas. Atenção Primária à Saúde.

Josélia de Souza Trindade^(f)
 Diego Dewes da Silva^(g)
 Leonor Maria Pacheco Santos^(h)

^(a) Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual do Ceará. Avenida Dr. Sílas Munguba, 1700. Campus do Itaperi. Fortaleza, CE, Brasil. 60.740-000. andrecaninde@yahoo.com.br

^(b,c,d) Fundação Oswaldo Cruz, Fortaleza, CE, Brasil. vanirapessoa@gmail.com; ivana.barreto@fiocruz.br; fernando.carneiro@fiocruz.br

^(e,f) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. ycomes@gmail.com; joselia.trindade@gmail.com

^(g) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia. Porto Alegre, RS, Brasil. dewes.psyc@gmail.com

^(h) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. leopac.unb@gmail.com

Introdução

O direito à saúde no Brasil está garantido constitucionalmente e regulamentado, embora existam alguns vazios normativos. Alguns autores nacionais e internacionais reconhecem o Sistema Único de Saúde (SUS) como a experiência brasileira mais bem-sucedida de implantação de uma política pública inspirada na social democracia e voltada para valorizar e implicar o usuário do sistema de saúde na organização da proteção social e pública universal, integral e intersetorial¹.

É preciso reconhecer que o SUS universal, equitativo e integral nasceu, desenvolve-se e se operacionaliza em um contexto de desigualdades e exclusão social como uma política do Estado Brasileiro, aí incluindo as esferas de Governos Municipal, Estadual e Federal, para garantir vigilância, promoção, proteção e atenção integral à saúde da população. Nesse cenário, diversos desafios têm sido priorizados pelo Ministério da Saúde, em conjunto com os estados e com os municípios. Em relação à organização dos serviços de saúde primários, o Brasil instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)², publicada em 2011, que é caracterizada como:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma 'atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades'. (p. 19, grifo nosso)

No referido documento, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é apresentada pelo Ministério da Saúde (MS), pelo Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) como a proposta para reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS)²:

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País [...] como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por 'favorecer uma reorientação do processo de trabalho' com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (p. 54, grifo nosso)

Por meio do processo de descentralização proposto na Constituição e nas normativas que a sucederam, nas décadas de 1990 e 2000, os municípios brasileiros tornaram-se, em conjunto com o Governo Federal e com os Governos Estaduais, gestores do SUS, ou seja, o Brasil passou a ter 5.561 gestores do sistema de saúde. Nesse processo, os municípios passaram a ser os principais responsáveis pela operacionalização da PNAB. A experiência brasileira é singular, do ponto de vista internacional.

Por meio dos espaços de gestão criados no SUS, ou seja, as Comissões Intergestoras Regionais, Bipartites Estaduais e Tripartite, o Estado Brasileiro entrou em consenso e criou a PNAB e estabeleceu a ESF como o seu principal formato³. A base organizacional da ESF são equipes compostas por médicos generalistas, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas e técnicos de enfermagem e saúde bucal. Desde sua criação, em 1994, até 2012, foram implantadas milhares de equipes de Saúde da Família, e o processo de descentralização da Atenção à Saúde no Brasil levou os municípios a serem os empregadores de 69% dos profissionais de Saúde do país⁴. Em 2012, havia 32 mil equipes da ESF, das quais 21.279 possuíam equipes de saúde bucal.

Entre as evidências de efetividade da ESF no período de implantação, estão a redução de internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária em crianças⁵ e adultos⁶, a redução de consultas não urgentes nas emergências⁷ e a redução da mortalidade infantil⁸. Entretanto, outros problemas de saúde sensíveis à Atenção Primária permaneceram em patamares elevados, como a mortalidade materna, a sífilis congênita e o câncer de colo uterino, evidenciando a necessidade de aperfeiçoamento dessa estratégia.

Outro desafio enfrentado para a organização da APS nos municípios brasileiros era a alta rotatividade e, em muitas equipes de áreas vulneráveis e remotas, a ausência de profissionais de saúde – especialmente médicos – nas equipes. O fato comprometia a execução de um cuidado longitudinal e continuado com a saúde do usuário, prática de fundamental importância para a prevenção e o tratamento de doenças crônicas⁹.

Além dos desafios demográficos, epidemiológicos e da alta rotatividade dos médicos na APS, tem-se verificado a concentração de profissionais de saúde, sobretudo médicos, nos grandes centros urbanos. Experiências internacionais no provimento e na retenção de profissionais em áreas de vulnerabilidade abrangem uma gama de estratégias, do incentivo à obrigatoriedade, tais como seleção, educação, serviço civil obrigatório, regulação, incentivos e apoio^{10,11}, sendo que parte dessas estratégias correspondem às recomendações elaboradas pela Organização Mundial de Saúde¹².

No Brasil, o desafio da redistribuição de médicos foi alvo de diversos programas governamentais. Apesar de atrair alguns profissionais para áreas remotas, esses programas não alcançaram a magnitude necessária para suprir as necessidades dos municípios¹³⁻¹⁵.

O Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina (CFM) haviam identificado que a média nacional de médicos no país era de 1,8 por mil habitantes; mas que essa proporção é inferior à média nacional nas regiões Norte e Nordeste do país. Enquanto isso, outros países – como Argentina, Uruguai e Portugal – contam com mais de três médicos, e a Espanha ultrapassa quatro médicos por mil habitantes^{16,17}.

Em decorrência da escassez de médicos, a Frente Nacional dos Prefeitos do Brasil (FNP), em 4 de fevereiro de 2013, lançou a campanha “Cadê o médico?” e organizou uma petição reivindicando do Governo Federal medidas necessárias para a contratação de médicos estrangeiros que atuariam na Atenção Básica, em municípios onde houvesse escassez de médicos. Essa petição foi assinada por mais de 2.500 prefeitos, com 4.600 assinaturas e adesões de dezenas de entidades municipalistas de todo o país¹⁸.

Como resposta, o Governo Federal criou para o Brasil o Programa Mais Médicos (PMM), por meio de Medida Provisória que foi convertida na Lei nº. 12.871, de 22 de outubro de 2013, elegendo três frentes estratégicas: i) qualificação profissional, com mais vagas em cursos de Medicina e residência médica, orientados por novas diretrizes curriculares; ii) investimentos na reconstrução de Unidades Básicas de Saúde; e iii) provimento de mais de 15 mil médicos brasileiros e estrangeiros. A provisão de médicos recebeu maior visibilidade pública que as demais, suscitando muitas controvérsias, e será o enfoque do presente artigo, que discute a percepção dos gestores municipais sobre o processo.

Dessa forma, este estudo objetiva analisar o componente provisão de médicos do PMM, segundo a ótica e a percepção de gestores municipais de Saúde.

Metodologia

Como, neste estudo, a ênfase metodológica se voltou para a percepção de gestores da Atenção Básica de distintos municípios do Brasil, optou-se pela abordagem qualitativa. Assim, consoante Denzin, Lincoln e Giardina¹⁹, definir a pesquisa qualitativa é, antes de tudo, atuar dentro de um campo histórico complexo. Os autores também afirmam que ela, em si mesma, é um campo de investigação; porém, para esses autores, a pesquisa qualitativa “[...] é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo” (p. 17).

A pesquisa foi realizada em 32 municípios, cuja escolha obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: 20% ou mais da população em situação de pobreza extrema, com inscrição no primeiro ou segundo ciclo do PMM, com menos de cinco médicos e menos de 0,5 médico por mil habitantes antes do Programa (junho de 2013). A seleção final dos municípios na amostra foi aleatória, com partilha proporcional ao número de municípios com as características anteriormente descritas em cada região do Brasil, resultando em 14 municípios no Norte, 12 no Nordeste, 3 no Sudeste, 2 no Centro-Oeste e 1 no Sul. Devido às características descritas, 98% dos médicos alocados pelo PMM nos municípios estudados eram oriundos da cooperação com Cuba.

Em cada um dos 32 municípios selecionados, foram entrevistados dois gestores, sendo eles, preferencialmente, o(a) Secretário(a) Municipal da Saúde e o(a) Coordenador(a) da Atenção Básica. Apenas em um município não foi possível entrevistar os dois gestores, devido à ausência de um deles no dia da entrevista. Dessa forma, foram incluídos 63 gestores de todos os municípios selecionados, uma vez que todos concordaram em participar do estudo.

Para fins específicos de obtenção do material empírico, foi utilizado um roteiro semiestruturado, que continha alguns elementos relativos à caracterização do informante (aspectos socioeconômicos), além de questões que nortearam a entrevista, tais como “estrutura da atenção à saúde no município”, “expectativas relativas ao componente provimento do PMM”, “contribuições da gestão para o PMM”, entre outras questões possíveis de serem desdobradas em novas perguntas, com base no conteúdo emergente nas falas dos entrevistados.

Sobre a entrevista, cabe lembrar que se constitui, como assinala Poupart²⁰, “[...] uma porta de acesso às realidades sociais [...]” (p. 215), ou seja, foi possível compreender e conhecer algumas questões relativas ao PMM a partir das percepções dos gestores.

Após a realização das entrevistas com os gestores, o material empírico foi transcrito e submetido ao *software* Atlas Ti. As 63 entrevistas transcritas (dos 32 municípios) foram categorizadas segundo um conjunto de 23 grupos semânticos, provenientes das principais questões levantadas durante o processo de entrevista, a partir das quais foram realizadas categorizações por pesquisadores experientes de termos semanticamente equivalentes e relevantes aos objetivos do estudo. 11 categorias de análise foram inseridas após a predefinição pelo grupo de trabalho, considerando assuntos emergentes em diversas entrevistas.

Ao lado disso, as entrevistas foram analisadas seguindo a teoria de Análise de Conteúdo²¹, com o auxílio do *software* ATLAS Ti, Versão 1.0.36²². Bardin²¹ assinala que essa análise:

[...] se define como o conjunto de técnicas de análise das comunicações, tendentes a obter indicadores (quantitativos e qualitativos) por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (contexto social) dessas mensagens (p. 76)

A pesquisa obedeceu aos parâmetros e itens que regem a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas. Vale salientar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em conformidade com a referida Resolução, garantindo, assim, os princípios da Bioética. Este protocolo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, sob o número 399.461/2013.

Resultados e discussão

Foram analisadas entrevistas de 63 gestores vinculados às Secretarias Municipais de Saúde, em 32 municípios selecionados para a pesquisa, distribuídos nas cinco macrorregiões do Brasil. Entre os entrevistados, 43 (60% do total) informaram ser do sexo feminino e 21 (40% do total), do sexo masculino, sendo 30 secretário(a)s de saúde (46,9%), 24 Coordenador(a)s da Atenção Básica (37,5%) e dez alocados em outros cargos de gestão (15,6%) – em geral, coordenações de vigilância e assessorias. Os indivíduos da amostra possuíam idade média de 36,8 anos (d.p. = 8,3), compreendidas entre 24 e 58 anos, estando, em 74% dos casos, abaixo de quarenta anos. Devido às características da amostragem de municípios, a maioria dos gestores entrevistados era originária das regiões Norte (43,8%; n = 28) e Nordeste (40,6%; n = 26). Em geral, os gestores respondentes estavam, em média, há 1,87 anos (d.p. = 1,63) no cargo, com tempo de permanência compreendido entre 14 dias até oito anos. Os secretários municipais de Saúde apresentaram, em média, 1,85 ano (d.p. = 1,54) de permanência no cargo, com tempo mínimo de 14 dias e máximo de seis anos.

A seguir, apresentaremos as categorias analíticas que emergiram de todo o material qualitativo processado.

“A gente vê uma diferença”: contribuições do provimento de profissionais do PMM para o município

Observa-se que os gestores apontam muitas contribuições do PMM para o município. Na fala deles, é unânime que, dentre essas contribuições, destaca-se o provimento de médicos no município que permitiu à população a ampliação do acesso relativo ao atendimento médico. Como os municípios se localizam no interior dos estados, os gestores avaliam que o PMM, ao garantir esse provimento, contribuiu para um fortalecimento da Atenção Básica. Ao lado disso, destacam o cumprimento da carga horária dos médicos do programa, situação antes não vivenciada em muitos municípios. É clara a satisfação dos gestores por ter um médico na Atenção Básica no município de segunda à sexta-feira.

[...] está fortalecendo a Atenção Básica, como eu falei; a questão de acesso, né? A gente tem um médico de segunda a sexta, porque antigamente o médico vinha trabalhar aqui com a gente só trabalhava três dias no máximo, né? O médico do Mais Médicos, ele passa realmente de segunda a sexta, ele tem um compromisso maior com o horário, o acesso da população está sendo maior, né? Ele faz muita visita domiciliar. Então é assim: fortaleceu demais a Atenção Básica principalmente na unidade que ele [médico PMM] trabalha, a gente vê uma diferença. (Gestor(a) de saúde)

Supriu essa necessidade da carência de médico aqui no interior [...]. (Gestor(a) de saúde)

Essa percepção por parte dos gestores é justificada, dado que, antes do PMM, evidências apontavam desigualdades importantes entre os habitantes das regiões brasileiras no que diz respeito ao acesso e aos cuidados médicos no Brasil²³. A Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/UFMG) desenvolveu um Índice de Escassez de Profissionais de Saúde na Atenção Primária²⁴ e demonstrou que as regiões Norte e Nordeste eram as mais afetadas por escassez grave de médicos²⁵. Até 2016, o PMM garantiu o provimento de 18.240 médicos, distribuídos em 73% dos municípios brasileiros, atingindo 63 milhões de brasileiros que não tinham atendimento médico²⁶.

Outra contribuição do PMM percebida pela maioria dos gestores foi a melhoria dos indicadores de saúde da Atenção Básica (como do pré-natal e da visita domiciliar) e da vigilância à saúde (como o aumento das notificações de diarreias e outras doenças de notificação compulsória).

A gente tem uma certa visão da realidade da nossa população, né? Baseado na vigilância em Saúde, na Epidemiologia a gente começou a trabalhar realmente o que é saúde pública e a questão dos casos de notificação, casos de investigação na data propícia [...] a contribuição foi essa: dos indicadores ter aumentado pela característica da médica ser de saúde pública mesmo. (Gestor(a) de saúde)

[...] acho que melhorou bastante alguns indicadores, assim, como o pré-natal e a visita domiciliar [...]. (Gestor(a) de saúde)

Embora a população brasileira tenha ampliado gradativamente o acesso à Atenção Básica à Saúde nas décadas de 1990 e 2000, um estudo avaliativo transversal, realizado nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, em 2005, mostrou que, no máximo, 50% das mães realizaram o pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) da área de abrangência de seu domicílio, com proporções significativamente maiores na ESF do que no modelo tradicional nas duas regiões. O número médio de seis ou mais consultas de pré-natal foi alcançado por aproximadamente dois terços das mães que realizaram pré-natal na UBS de sua área, portanto, ainda havia um percentual significativo de gestantes que não tinham acesso ao pré-natal de qualidade²⁷.

Outro inquérito mais recente foi realizado em 2010 a 13.205 mulheres que fizeram o pré-natal e/ou parto no SUS, em 252 municípios prioritários para a redução da mortalidade infantil, localizados em 17 estados da Amazônia Legal e Nordeste. A adequação do pré-natal e parto analisou a conformidade

com indicadores de processo propostos pelo Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Entre as mulheres investigadas, 75,4% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, mas somente 3,4% tiveram acesso a um pré-natal classificado como adequado; a atenção ao parto foi considerada adequada para apenas 1% das entrevistadas. O estudo concluiu que as falhas na atenção ao pré-natal e parto contribuem para os precários indicadores de saúde materno-infantil na Amazônia Legal e no Nordeste do Brasil²⁸.

Outra percepção dos gestores foi a melhoria da qualidade da atenção médica prestada às pessoas de todas as faixas etárias, desde crianças a idosos, e particularmente a pessoas com doenças crônicas como hipertensão, diabetes e asma.

Uma assistência muito grande pra gente, no caso nossos pacientes, principalmente os pacientes crônicos de diabetes, hipertensão, asmáticos; eles estão sendo acompanhados pelas [médicas] cubanas como nunca com outros médicos. Não só os crônicos, mas também as crianças, puerpério, atende todo mundo desde criança a idoso. Elas são bem atuantes, são bastante preocupadas, são comprometidas, e fazem as coisas com qualidade. (Gestor(a) de saúde)

De fato, a literatura sobre a Medicina de Família e Comunidade no Brasil indica como características fundamentais para os médicos de família forte senso de responsabilidade para o atendimento total e permanente das pessoas e da família durante saúde, doença e reabilitação; interesse no amplo espectro da clínica médica, o que implica atender pessoas de diversas faixas etárias e apresentando problemas variados; e habilidades para gerenciar doenças crônicas²⁹.

“Fazendo do mínimo o máximo”: a prática clínica dos médicos do PMM na Atenção Primária à Saúde (APS)

A partir do fim da década de 1970, surgiram movimentos para mudança na prática clínica, que se expressaram em publicações internacionais e nacionais, criticando o que foi denominado de “modelo médico convencional” ou “biomédico”, por simplificar em excesso os problemas da condição de estar doente e por associá-los majoritariamente a processos puramente biológicos, que podem ser medidos. Esse modelo não deixa espaço, dentro de sua estrutura, para as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais da doença³⁰.

Nas falas dos gestores, evidenciaram-se comentários sobre a prática dos médicos antes de existir o PMM. A prática clínica era baseada no modelo biomédico, centrada no indivíduo e sem uma preocupação com os determinantes sociais e ambientais da saúde. A prática clínica sofria pelo viés paternalista e biomédico da relação médico-paciente. Os gestores também relataram que os poucos profissionais médicos que eles conseguiam contratar nesses municípios assumiam múltiplos empregos e, conseqüentemente, sofriam de uma sobrecarga de trabalho e falta de tempo para realizar uma atenção de qualidade.

Na presente pesquisa, a grande maioria dos gestores avaliou positivamente o atendimento médico realizado. Entre os aspectos positivos mais referidos, estavam atendimento minucioso, com esforço para garantia da compreensão do usuário; dispêndio de tempo adequado para cada atendimento; realização de exame físico completo; utilização racional de medicamentos; respeito ao paciente; responsabilidade no acompanhamento dos casos atendidos; preocupação com a garantia do tratamento para o usuário e a resolução de seu problema; compromisso com o cumprimento do horário de trabalho; ênfase na Medicina preventiva; disponibilidade para realizar visitas domiciliares e atendimentos em lugares mais afastados, que exigiam deslocamentos demorados; integração de conhecimentos clínicos aos da situação de saúde da população local.

[...] a melhor possível, entendeu? Um atendimento adequado, minucioso que avalia tudo, [...] ela [a médica] examina tudo, um atendimento com atenção [...] é um atendimento muito humanizado. Ela [a médica] faz do mínimo o máximo, entendeu? (Gestor(a) de saúde)

[...] então eu vejo que melhorou muito, a qualidade do atendimento dela [a médica] é bom, assim, tudo bem registrado, ela se esforça com relação à comunicação então a gente não tem problema com relação a isso [...] ela orienta mais do que está prescrevendo. Tem muita orientação. Além disso, essas médicas cubanas nos dão suporte para gente em outras áreas, elas, por exemplo: temos um povoado aqui que nós temos que pegar barco para ir, que são praias onde a gente viaja três, quatro horas de barco [...] elas sempre estão disponíveis pra ir com a gente pra lá [...]. (Gestor(a) de saúde)

Considerando estudos que analisaram a assimetria da relação médico-paciente existente na ESF na década de 2000³¹, não é de se admirar que a maioria dos gestores demonstrasse tanta satisfação com a prática dos médicos do PMM, dado que perceberam, nos profissionais deste programa, a dedicação de tempo, o vínculo e a preocupação com a continuidade do cuidado ao paciente, a pontualidade e o compromisso com a qualidade que, frequentemente, não acontecia nas experiências do passado, com outros profissionais médicos.

Um outro aspecto analisado foi a prática clínica dos médicos do PMM. A maioria dos gestores afirmou que havia uma diferença positiva na prática clínica dos médicos do PMM, entre elas: maior dispêndio de tempo em cada consulta; maior meticulosidade na realização da anamnese e do exame físico; solicitação menos frequente de exames complementares; prescrição racional de medicamentos; mais proximidade e humanização no trato com o paciente e sua família; inserção na comunidade; realização mais frequente de visitas domiciliares; pontualidade nos horários de atendimento; preocupação com a continuidade do cuidado ao paciente; utilização de dados epidemiológicos do município; e prescrição de plantas medicinais. Essas diferenças na prática clínica podem ser atribuídas ao tipo de formação dos médicos em Cuba, na qual se enfatiza a “Educação em Valores”, que faz parte do currículo médico naquele país³².

Mas esta questão da consulta humanizada, da consulta da cabeça aos pés, por inteiro, sabe que as pessoas se sentem mais gente. Então para mim é um ponto muito positivo, muito positivo porque se tratarem diferente, a população chia, né? (Gestor(a) de saúde)

Assim, ele [o médico] te explica, ele quer conhecer, ele quer saber o que está acontecendo, ele se preocupa, ele tem esse diferencial também, ele se preocupa, assim, ele atendeu o paciente ele quer saber da continuidade e isso ele tem também essa característica [...]. (Gestor(a) de saúde)

Pode-se pensar um modelo de médico diferente na concepção da saúde e do sujeito, semelhante ao dos médicos cubanos, a partir da experiência com a formação baseada na educação no trabalho, em que os cenários de APS são os que modelam as práticas e a educação em valores, em que o humanismo é o princípio fundamental.

Em Cuba, os médicos são formados em centros de saúde e o seu primeiro contato com a teoria e a prática se dá relacionado com a saúde das pessoas, e não exclusivamente com as doenças. Desse modo, por meio da reforma curricular nos cursos de Medicina cubanos, ocorrida na década de 1980, uma das características principais é o que se denomina a “Educação em Valores”, que são conteúdos transversais na formação, baseados nos princípios da ética médica cubana que, na sua essência, expressa o seguinte³²:

Observar princípios ético-morais de profundo conteúdo humano, ideológico e patriótico, dedicar os nossos esforços e conhecimentos ao melhoramento da saúde das pessoas, trabalhar onde a sociedade requer, estar sempre disposto a prestar atenção médica necessária, dedicar os esforços à prevenção, recuperação, reabilitação e promoção da saúde humana, evitar a produção de danos às pessoas saudáveis ou doentes nos trabalhos de pesquisa. (Tradução nossa, p. 142)

Ao lado disso, em pesquisa realizada na ESF do Ceará, na qual foram observadas quatrocentas consultas médicas, Caprara e Rodrigues³¹ observaram que a média de tempo de uma consulta era de nove minutos, variando de dois a 24 minutos. Nesse mesmo estudo, foi verificado que um maior tempo da consulta estava associado a uma melhor qualidade do atendimento. Por fim, esse estudo realizado no Ceará, estado que foi reconhecido como tendo em média uma boa organização da ESF, demonstra o quanto a qualidade do atendimento médico era insuficiente nesses municípios.

A maioria dos gestores de saúde entrevistados neste estudo manifestou satisfação com a prática clínica dos médicos do PMM, dado que percebeu, nos profissionais do programa, a dedicação de tempo, o vínculo e a preocupação com a continuidade do cuidado ao paciente, o que não era frequentemente observado no passado recente.

“É muito cedo para dizer” versus “A mudança foi total”: alterações na Rede de Atenção à Saúde com a implantação do PMM?

O provimento de médicos por meio do PMM nesses dois de anos de existência trouxe inúmeras contribuições para o país, em especial, para os 4.058 municípios que receberam médicos do programa. Esse incremento contribuiu para mudanças na Rede de Atenção à Saúde, muito embora se tenha observado neste estudo que significativa parcela dos gestores relatou que o tempo de implantação no município era insuficiente para avaliar se haviam ocorrido mudanças nessa rede. Outros, simplesmente, afirmaram que não observaram mudanças.

[...] é muito cedo para dizer isso [se houve mudança na rede atenção]. (Gestor(a) de saúde)

Não, mesma coisa. (Gestor(a) de saúde)

Conforme nos assinala Mendes e Minas³³: “[...] as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde [...], que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo [...], com a qualidade certa e de forma humanizada [...]” (p. 54).

Além disso, afirma-se também que as redes são capazes de impactar positivamente os níveis de saúde da população.

Ao lado disso, na visão da maioria dos gestores, os médicos do PMM realizam o seu trabalho conforme orienta a PNAB, priorizando ações preventivas e considerando os princípios da ESF. Nesse sentido, realizam ações extramuros, como visitas domiciliares e atividades com a equipe na comunidade. Participam ainda do cuidado aos pacientes vinculados aos programas e se disponibilizam a realizar notificações de agravos.

[...] eles [médicos PMM] orientam, trabalham muito com a prevenção, são focados em Saúde da Família [...] hoje a rede de atenção do município melhorou muito, os programas funcionam. (Gestor (a) de saúde)

Com certeza. A mudança [foi] total. Nós inclusive, nós montamos uma programação [...] para realizar saúde itinerante [...] vai disponibilizar uma equipe [...] para atender os ribeirinhos que precisam, talvez muito mais de quem está na sede. (Gestor(a) de saúde)

É importante destacar que ser médico de família é também propiciar a produção do cuidado e ser capaz de valorizar o sujeito e seu ambiente, utilizando uma escuta qualificada, a fim de perceber as necessidades desses sujeitos.

Cabe, ainda, ressaltar que os gestores relataram que, concomitantemente ao ingresso do médico na ESF, houve investimentos para a melhoria da infraestrutura e para a aquisição de novos equipamentos, inclusive de tecnologia da informação. Outra mudança registrada foi a contratação de outras

categorias profissionais – como fisioterapeutas e fonoaudiólogos – e de médicos especialistas, tendo sido citados pediatras e neurologistas.

As mudanças que foram feitas foram estruturais, mudanças físicas para trazer até mais conforto para o usuário, para chegar mais próximo nas comunidades ribeirinhas. (Gestor(a) de saúde)

As nossas unidades estão nascendo todas informatizadas com toda população adstrita daquela unidade cadastrada. [...] a gente está informatizando 100%. (Gestor(a) de saúde)

Tinham muitos pacientes acamados que eles [médicos do PMM] identificaram nas suas visitas, então, foi um fluxo que a gente teve que ver um fisioterapeuta. [...] convênio com a clínica de outro município para exames, de médicos especialistas, que não temos aqui (fonoaudiólogos, neurologista, pediatra). (Gestor/a de saúde)

As percepções sobre mudanças na Rede de Atenção à Saúde com a implantação do PMM foram divergentes; no entanto a maioria dos entrevistados apontou fatos positivos. Entre os aspectos negativos citados pelos gestores na organização das redes de saúde, estão circunstâncias locais (estágio de efetiva implantação do SUS no município), as distâncias das localidades rurais e remotas, as dificuldades para remoção de pacientes e os entraves nos mecanismos referência e contrarreferência.

Outra dimensão importante na percepção dos gestores foi o fortalecimento de elementos fundamentais da ESF, como o planejamento de ações de saúde; a busca ativa de pessoas com doenças crônicas, para garantir a continuidade do cuidado; e a ativação de cuidados especiais com grupos vulneráveis, como gestantes e crianças recém-nascidas por meio da “Rede Cegonha”.

[...] tivemos de organizar melhor o sistema para que ele pudesse funcionar melhor, de fato [...]. Algum período atrás, o sistema era muito desorganizado [...] nós nos organizamos melhor na rede de Atenção Básica, os cronogramas com metas para ser alcançadas. (Gestor(a) de saúde)

[...] a nossa mudança maior foi fazer com que o [Programa Saúde da Família] PSF funcione realmente como deve funcionar. [...] realmente colocamos para funcionar foi a ESF, com a busca ativa dos pacientes que estavam “abandonando” os programas, eles conseguiram buscar, trazê-los de volta à unidade para que pudessem realizar novamente ou então dar continuidade aos atendimentos que eram realizados mensalmente. (Gestor(a) de saúde)

Sobre o cuidado, é importante que seja visto como uma dimensão da vida humana, que se dá no plano da intersubjetividade. É importante que se perceba que existem várias formas de cuidar e, ainda, que há vários conhecimentos sobre esse cuidar³⁴. Dessa forma, a prática do médico do PMM, como se viu nos excertos dos gestores neste manuscrito, corrobora para um cuidado prudente, atento e que valoriza o “humano” dos usuários, por meio do respeito, do acolhimento e da atenção aos sofrimentos desses usuários.

Considerações finais

A grande rotatividade dos médicos na Atenção Básica nos municípios brasileiros, associada à total escassez em algumas localidades, comprometia o acesso e a continuidade do cuidado que, sobremaneira, tende a repercutir na qualidade dos serviços ofertados à população.

O desafio do país deve se centrar no esforço de priorizar políticas públicas que possibilitem o provimento e a fixação de profissionais da saúde, em especial médicos, para atuarem com as equipes de Saúde da Família, a fim de garantir a consolidação do SUS, por meio da integralidade do cuidado e do acesso aos serviços que constituem a rede de Atenção à Saúde dos municípios brasileiros.

O provimento e a fixação de médicos na Atenção Básica por meio do PMM, conforme emana das narrativas dos gestores, vêm garantindo avanços importantes no que concerne a melhorias na Atenção à Saúde, no acesso à rede e à humanização do cuidado. No entanto, a sustentabilidade da garantia desse direito atrela-se às medidas estruturantes do PMM, tais como ampliação de vagas e criação de novos cursos de Medicina, políticas de cargos, carreira e salários para profissionais da saúde, melhorias na infraestrutura das unidades de saúde em cumprimento das diretrizes e estratégias contidas na PNAB.

O que aqui se aponta reafirma a importância do componente provimento no PMM no Brasil, ao mesmo tempo em que remete às expectativas de continuidade, no que tange aos anseios da população, que demanda atendimento médico com qualidade, humanização no cuidado, acesso a outros níveis de atenção e efetividade das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família.

Colaboradores

Carlos André Moura Arruda elaborou a proposta do artigo, participou da coleta, categorização e análise do material qualitativo, revisão e redação final do artigo e aprovação da versão final do trabalho. Vanira Matos Pessoa e Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto participaram da concepção do artigo e do processamento e análise do material qualitativo. Yamila Comes e Josélia de Souza Trindade participaram na elaboração da introdução, metodologia e traduções dos resumos. Diego Dewes da Silva participou da categorização do material qualitativo e do perfil dos gestores e da normalização e formatação do artigo. Leonor Maria Pacheco Santos e Fernando Ferreira Carneiro coordenaram o campo e participaram da redação e revisão final do artigo.

Referências

1. Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaul F, Atun R, Barreto IC, Cetrángolo O, et al. Overcoming social segregation in health care in Latin America. *The Lancet*. 2014;14(9974):1248-59.
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica (DAB). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.
3. Andrade LOM, Barreto ICHC, Coelho LCA. A Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M. In: *Epidemiologia e Saúde*. 7a ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. cap. 31, p. 601-21.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. Brasília; 2016 [citado 2016 Jan 20]; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>.
5. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*. 2011; 6736(11):32-46.
6. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet*. 2011;6736(11):47-60.

7. Stein A, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues L. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Prac.* 2002; 19(2):7-10.
8. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Commun Health.* 2006; 60(1):13-9.
9. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet.* 2011; 377(9781):1949-61.
10. Dolea C, Stormont L, Braichet J-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ.* 2010; 88(5):379-85.
11. Wilson N, Couper I, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais B. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health.* 2009; 9(2):1060.
12. Rourke J. WHO. Recommendations to improve retention of rural and remote health workers-important for all countries. *Rural Remote Health.* 2010;10(4):1654.
13. Maciel Filho R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. Rio de Janeiro: IMS - Instituto de Medicina Social; UERJ; 2007.
14. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. *Divulg Saúde Debate.* 2014; (51):105-20.
15. Schimith MD, Weiller TH. PROVAB: potencialidades e implicações para o Sistema Único de Saúde. *J Nurs Health.* 2014;3(2):145-56.
16. Ministério da Saúde (BR). Pacto Nacional pela Saúde Mais Médicos. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 29 Mar 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf
17. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Estudo de Projeção “concentração de Médicos no Brasil em 2020”. [Internet]. São Paulo: CREMESP; 2016 [Citado 29 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2528> .
18. Frente Nacional de Prefeitos. Petição Cadê o Médico? [Internet]. Brasília: FNP; 2013 [citado 25 Jan 2016]. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br/p/peticao.html>.
19. Denzin NK, Lincoln YS, Giardina MD. Disciplining qualitative research 1. *Int J Qual Stud Educ.* 2006;19(6):769-82.
20. Poupart J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrrière A, Mayer R, Pires A. Organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.* Petrópolis: Vozes; 2008. p. 215-53.
21. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Edições 70; 2011.
22. Muhr T. *ATLAS.ti. Versão 1.0.36 (129).* Berlin: Scientific Software; 2013.
23. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate.* 2009;1(44):13-24.
24. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, NESCON; 2010 [citado 18 Dez 2015]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>.

25. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado(EPsm). Identificação de áreas de escassez de recursos humanos em saúde no Brasil: Relatório final de atividades [Internet]. Belo Horizonte: EPsm/NESCON/FM/UFMG; 2012 [citado 18 Dez 2015]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf.
26. Ministério da Saúde (BR). Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. p. 128.
27. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(11):4395-404.
28. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev Bras Saúde Materno-infantil*. 2015;15(1):91-104.
29. Lopes JMC. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC, Organizadores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 1-11.
30. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
31. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência Saúde Colet*. 2004; 9(1):139-46.
32. Bustamante Alfonso LM. La educación en valores en trabajadores de la atención primaria de salud en Cuba. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2010;26(1):138-46.
33. Mendes EV, Minas G. Os fundamentos para a construção e os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde no SUS. Minas Gerais Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina I–Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG; 2009. p. 50-6.
34. Mattos RA. Cuidado prudente para uma vida decente. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC\UERJ, ABRASCO; 2006. p. 119-132.

Arruda CAM, Pessoa VM, Barreto ICHC, Carneiro FF, Comes Y, Trindade JS, et al. Percepciones de gestores municipales de Salud sobre la provisión y actuación de los médicos del Programa Más Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1269-80.

En Brasil, el desafío de la redistribución de médicos fue objeto de diversas intervenciones gubernamentales. El objetivo fue analizar la provisión de médicos del Programa Más Médicos, según las percepciones de gestores municipales de Salud. Se trata de un estudio cualitativo realizado con 63 gestores en 32 municipios de Brasil. Las entrevistas se sometieron a análisis de contenido con la ayuda del *software* Atlas.ti. Se subrayan las contribuciones de los médicos del programa en la mejora de la atención a la salud, en las prácticas clínicas humanizadas y diferenciadas y en los cambios en la red de atención a la salud, después de la implementación del Programa. Los gestores reafirman la importancia de la implementación del programa en lo que se refiere a la provisión y a la fijación de médicos en la atención básica en municipios vulnerables y de difícil acceso.

Palabras clave: Médicos de Atención Primaria. Gestión en Salud. Políticas públicas. Atención Primaria a la Salud.

Submetido em 10/08/2016. Aprovado em 22/05/2017.

Percepções de usuários sobre o impacto social do projeto de cooperação do Programa Mais Médicos:

um estudo de caso

Rafael Gustavo de Liz^(a)
Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima^(b)

Liz RG, Lima RCGS. Users' perceptions on social impact of the cooperation project of the Mais Médicos Program: a case study. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1281-90.

The study presented in this paper identifies probable changes generated in the care process of a primary healthcare service in a municipality of Santa Catarina, Brazil, part of the Collaboration Project of the More Doctors Program. This was a qualitative study conducted in 2015 that employed semi-structured interviews and a field diary as data collection instruments. Data analysis was performed through the ethical-political method, revealing: a) consistent creation of caring relationships, mediated by a humanistic mode of thinking and practicing medicine and internalization among members of the community of the belief that they were being cared for by an equal who was also a human being; and b) insecurity regarding the project's end, based on misinformation. This study concluded that a solidary disposition is essential to the creation of caring relationships, and that the federal government needs to implement ethical-political guidelines to ensure quality information about the project.

Keywords: Medical Care. Primary Care. Right to health.

O estudo apresentado neste artigo objetiva identificar eventuais mudanças geradas no processo de cuidado de usuários da Atenção Básica, residentes em um município catarinense, contemplado com o Projeto de Cooperação do Programa Mais Médicos. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em 2015, que utilizou como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada e o diário de campo. A análise foi conduzida pelo método ético-político que revelou: a) uma produção consistente de vínculo, autorizada por um modo humanístico de pensar e fazer Medicina e pela internalização de ser cuidado por um igual, na condição de humanos; e b) insegurança sobre o término do projeto, edificada na desinformação. Conclui-se que o vínculo não prescinde de disposição solidária e que há necessidade de o Governo Federal efetivar um balizamento ético-político para garantir informação de qualidade sobre o projeto.

Palavras-chave: Atenção médica. Atenção Básica. Direito à saúde.

^(a) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Regional de Blumenau. Rua Antônio da Veiga, 140, Campus 1, Sala J-105. Itoupava. Blumenau, SC, Brasil. 89.012-900. rafael_deliz@yahoo.com.br

^(b) Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, SC, Brasil. rita.lima@univali.br

Introdução

A desigualdade distributiva de médicos na Atenção Básica brasileira é um produto histórico do modelo de desenvolvimento da Nova República. Resultante, especialmente, da histórica hegemonia¹ corporativista médica, da perspectiva produtivista da formação², herdada de tempos de exceção, e das ciências biomédicas³, esta iniquidade configura-se em uma questão social⁴.

Desde a conquista da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006⁵, faz-se manifesta a luta para garantir atenção médica na Atenção Básica de territórios brasileiros desassistidos. A distribuição iníqua da garantia dessa atenção, expressa pela realidade histórica no mapa da vida brasileira, expõe, no contemporâneo, a necessidade de defender o direito à saúde. No entanto, mais do que defender a conquista do direito à saúde, é preciso assumir novas lutas, em prol da real efetivação deste direito. O fato é que, no Brasil, o processo individual de escolha locacional raramente coincide com a distribuição socialmente justa, pois os médicos tendem a se concentrar em Brasis sedutores⁶.

O provimento emergencial de médicos na Atenção Básica, oportunizado pela Medida Provisória nº 621, em julho de 2013, bem como a criação do Programa Mais Médicos (PMM), em julho do mesmo ano⁷, pode ser compreendido como um reconhecimento da necessidade de novas iniciativas, com vistas à expansão do direito à saúde. Acolhendo, especialmente, as vozes da juventude de baixa classe média nas manifestações de 2013⁸ e as vozes de vários prefeitos, em Brasília, também em 2013, perguntando “Cadê o médico?”⁹, o Congresso Nacional aprovou e a Presidência da República sancionou a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, instituindo o PMM⁷.

A Lei do Programa Mais Médicos, em seu capítulo IV, instituiu o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Esse Projeto integra: a) médicos formados no Brasil ou com diploma validado no país, b) médicos brasileiros formados no exterior com habilitação para o exercício da Medicina no exterior e c) médicos estrangeiros com habilitação para o exercício da Medicina no exterior⁷. Em seu artigo 23º, a Lei dispõe a possibilidade de o Brasil fazer acordos de cooperação com organismos internacionais para concretizar as ações previstas. De acordo com a página eletrônica do PMM, consultada em maio de 2016, entre os 295 municípios catarinenses, 217 haviam recebido médicos pelo programa¹⁰.

Este manuscrito objetiva analisar, na perspectiva ético-política, a percepção de usuários sobre o impacto social do PMMB, em um município de 2.900 habitantes da macrorregião do Vale do Itajaí (SC) que se encontrava sem médicos na Atenção Básica havia mais de um ano^(c), antes da chegada do projeto. Assume-se impacto social como “modificações introduzidas por uma intervenção no contexto da vida real”¹¹.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso único¹², de caráter exploratório e compreensivo, realizada em um município jovem da macrorregião do Vale do Itajaí (SC).

Em seu delineamento, a interação entre fatores e eventos foi considerada o núcleo central¹³. Foram respeitadas as três fases que caracterizam um estudo de caso: a) a escolha do referencial teórico¹⁴, a seleção do caso e o desenho da coleta; b) a condução do estudo, com a coleta, e a exploração do material transcrito; e c) a análise à luz da teoria selecionada, com a interpretação dos dados¹².

^(c) Essa informação foi coletada em registros internos da área de recursos humanos do município. Após autorização concedida pela administração pública, obteve-se acesso às pastas de contratação e desligamento de médicos, efetuados desde a emancipação do município, em 1997.

Apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí (SC), a pesquisa foi executada em conformidade com as determinações da Resolução MS/CNS, nº 466/2012. Trata-se de um desdobramento de pesquisa estadual em andamento, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (Fapescc), Edital 2014/1, cujo objetivo geral é analisar o impacto social do PMM em Santa Catarina, na perspectiva ético-política. O anonimato dos participantes foi garantido pelo uso de codinomes representativos de autores da literatura brasileira.

Eleita por conveniência, a amostra foi composta por 12 participantes, de diversas profissões, tais como agricultor, comerciante, profissional liberal ou aposentado, com graus diversos de escolaridade (fundamental, médio e superior) e faixa etária variando de 23 a 82 anos. Todos residem no município há mais de 10 anos, sendo que sete são mulheres e cinco são homens. Do conjunto, oito nasceram e cresceram na localidade, uma é gestante com pré-natal assistido na unidade, três têm netos e todos tiveram filhos.

Os 12 usuários foram indicados por trabalhadores da Atenção Básica do município a partir dos seguintes critérios: a) ser adulto, competente cognitivamente, e b) ser usuário da Unidade Básica de Saúde (UBS). Após as indicações, foi realizado contato telefônico e, em visitas domiciliares, os convites foram oficializados com a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os usuários foram informados sobre o tipo de pesquisa, em linguagem adequada e cuidadosa, e municiados das questões éticas implicadas e procedimentais do estudo.

A coleta foi realizada entre novembro e dezembro de 2015. O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada, cuja escolha se deu em função de esse tipo de instrumento conferir flexibilidade para a inserção de novas questões investigativas que se façam necessárias no momento da coleta¹⁵. As entrevistas foram individuais e realizadas em locais privativos, com duração de aproximadamente uma hora. Os dados foram registrados em áudio e, posteriormente, transcritos com rigor ético.

O roteiro das entrevistas foi norteado pelo eixo “o que mudou na sua vida” com a chegada do médico pelo programa, desdobrado em três temas: 1) percepção dos usuários sobre a atenção médica; 2) prováveis relações que se estabeleceram entre o médico e a comunidade; e 3) prováveis transformações nas práticas de Atenção Básica. Notas de campo, elaboradas ao longo do processo de pesquisa, ampliaram o horizonte do pensamento, gerando um “processo de fluxo livre e criativo” no tratamento e análise dos dados¹⁶.

Tendo como referência Minayo¹⁷, Assis¹⁸ e Gramsci¹⁹, a análise de conteúdo foi sistematizada em quatro etapas:

1. Ordenação dos dados – transcrições fidedignas, seguidas de organização do material por meio do uso de codinomes; leituras livres e exaustivas.

2. Classificação dos dados – estabelecida a partir da relação entre os dados empíricos, objetivos e pressupostos teóricos, quando se identificou em núcleos de sentido as ideias centrais, classificando-as em: Grupo I – Vínculo e grupo; e II – Insegurança com o término do PMM.

3. Categorização – gerada no encontro entre as vertentes epistemológica, instrumental e reflexiva das ideias centrais (Grupo I e Grupo II): “De ‘Ele é tão simples, faz parte do município, nem parece que é médico!’ ao receio do fim do projeto”.

4. Método de análise – a análise foi conduzida pelo método ético-político que toma por base a dimensão reflexivo-crítica para compreender o modo como a garantia de atenção médica na Atenção Básica, proporcionada pela chegada de um médico pelo PMMB, afetou os cuidados básicos de usuários. Esse método, nomeado “o modo de”, é uma adaptação do método humanístico de análise do real, cunhado por Antonio Gramsci como método do “posto que”, cuja análise está ancorada na dimensão histórica da realidade e na interpelação de suas tendências contraditórias¹⁹.

Resultados e discussão

A categoria de análise “De ‘Ele é tão simples, faz parte do município, nem parece que é médico!’ ao receio do fim do projeto” representa o trânsito entre os elementos constitutivos do vínculo,

dispositivo gerado na integração de relações sociais, e a insegurança exposta pelo atributo emergencial do provimento:

Ele é tão simples, faz parte do município, nem parece que é médico! (Casimiro de Abreu)

Esse programa ajudou muito a nossa cidade. Dizem por aí que ele vai terminar. Eu fico com medo. (Martha Medeiros)

Participantes expressaram que a produção de vínculo reclama uma relação pedagógica, orientada por valores humanísticos¹⁹. Em tempos de preservação de “inversão entre meios e fins”, em que o sonho de uma vida digna continua ocupando o lugar de meio para a sobrevivência; em que o dinheiro não é um meio para prover o gozo da vida digna, mas um fim em si; em que as relações sociais mantêm-se escravizadas por um sistema anônimo²⁰ (econômico, principalmente), essa categoria declara a exigência de a produção de vínculo ser conduzida não por uma racionalidade médica formal, burocrática²¹, mas por uma racionalidade orientada por valores²², uma racionalidade ética²⁰, em que o uso de valores coletivos oportuniza a produção do cuidado embasada no vínculo. No escopo deste trabalho, a realização dos valores “ser simples” e “médico” pelo médico cubano gerou o vínculo social necessário para uma boa convivência entre cuidador, pessoas cuidadas e comunidade.

Questionados como vêm se dando as relações com o médico advindo pelo PMM, usuários expressaram:

Aqui somos humildes [...] a maioria vive da lavoura, roça, da plantação do fumo [...] esse médico se dá bem com o povo por saber como as pessoas são. (Martha Medeiros)

[...] esse médico é humilde [...] Mesmo não sendo brasileiro, já conhece [...] a realidade aqui da população. (Cecília Meireles)

De acordo com os relatos, a disposição do médico para “saber como as pessoas são” gera vínculo com a comunidade local, na medida em que a comunidade internaliza que será cuidada por outro igual. Além disso, esse outro igual, ao refletir a humildade que caracteriza a comunidade, encontra-se com esta na dimensão humana, o que acaba gerando uma ampliação do campo de possibilidades para o cuidado de qualidade. Ao se mostrar humilde e saber como são as pessoas humildes, o médico alarga seu horizonte científico em direção à apropriação da determinação social do processo saúde-doença e, com efeito, passa da condição de profissional de uma categoria (médica) para a condição de “produtor” de saúde¹⁹.

Nessa realidade, o modo como se vive e o modo como se dão as relações produtivas da comunidade parecem compor o eixo central do processo de trabalho. Cabe assinalar que o despertar dos usuários, em tais relatos, para o reconhecimento de saúde e doença como socialmente determinados expressa o quão atual está a necessidade de recuperação do Movimento de Medicina Social, do século XIX²³, para a efetivação de um processo de trabalho de qualidade entre médico e usuário: de qualidade porque pautado no vínculo.

Em 1845, Engels demonstrou que o modo como a classe trabalhadora de várias cidades da Inglaterra era tratada pelas relações de produção capitalista imputava-lhe a incerteza da existência²⁴. Inaugurando o modelo teórico da determinação social, esse estudo mostrou o vazio de vínculo entre a massa trabalhadora e as relações produtivas como determinantes de doenças do trabalho e de inexistência física e moral. Em certa medida, Engels reforçou o que Bernardino Ramazzini havia antecipado em 1700: é a situação social de uma comunidade, gerada pelas condições de vida, possibilitadas a essa comunidade pelo modo de organização social, que determina o caminho para a compreensão de saúde e doença individual e coletiva²⁵.

Em entrevista realizada com o médico, lotado no município em questão, observou-se que se trata de um médico sem inscrição no Conselho Federal de Medicina (CFM)/Brasil, de nacionalidade cubana: um cooperado. Esse médico foi contratado pelo Acordo de Cooperação, mediado pela Organização

Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) e firmado entre Brasil e Cuba em 2013²⁶. Trata-se, portanto, de um médico advindo pelo Projeto de Cooperação do Programa Mais Médicos.

Ainda sobre a conduta médica ser dirigida pelo “saber como as pessoas são”, cabe refletir o lugar da humildade e da solidariedade no processo de socialização brasileiro e no cubano. No âmbito da formação médica, a cultura político-pedagógica cubana é social, embasada no humanismo e na solidariedade²⁷. Se a compreensão de solidariedade é a de um valor social gerado no encontro de pessoas que se reconhecem iguais em seus direitos de cidadania²⁸, é provável que a base da vida cubana historicamente tenha sido edificada sobre relações solidárias, já que o país carrega a dimensão socialista em seu processo histórico: “[...] Mesmo ele não sendo brasileiro, já conhece a cidade [...] frequenta os mesmos lugares que nós frequentamos, sempre está nas festas das comunidades” (Cecília Meireles).

Oportuno recuperar que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi conquistado na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, sobre princípios socialistas. Vários limites de sua insustentabilidade, no contemporâneo, estão atrelados à incapacidade de o modo de produção capitalista a) materializar a saúde como direito de todos, b) concretizar a integralidade na garantia do direito à saúde de todos e c) romper com a histórica desigualdade distributiva de saúde como direito de todos.

Essa conquista social e a sua garantia vêm se dando em processo. Desde a década de 1960, de exceção ditatorial, a luta está em curso; efetiva-se o Movimento de Reforma Sanitária e as organizações populares conquistam espaços. Em 2013, por exemplo, as manifestações de junho e a corrida de prefeitos à Brasília, com o *slogan* “Cadê o médico na Atenção Básica?”⁶, acabaram gerando uma resposta social importante por parte do Estado: o provimento emergencial do PMM.

Um eixo importante que essa luta processual tem reafirmado é a compreensão da necessidade de vontade coletiva, por parte do Estado (sociedade política e sociedade civil)²⁹, para efetivar a garantia do direito à saúde e constituir sujeitos³⁰ autônomos²⁸ suficientemente capazes de deliberar a própria vida e de exercer o controle social do SUS.

Nesse sentido, em uma sociedade individualizada como a brasileira, em cujo bojo o conceito de risco detém a supremacia sobre o de produção concreta de saúde, as relações sociais saudáveis, relatadas entre o médico cubano e os usuários, parecem operar uma ação política enquanto consciência da necessidade histórica de garantir a saúde do território a partir da produção de cidadãos “frente à realidade e à vida”³¹. Essa realidade acaba destacando o solo epistemológico para a produção democrática de vínculo: o encontro entre pessoas que se reconheçam iguais em cidadania. Uma epistemologia democrática, permeável, baseada no valor democrático da produção de saúde.

Imbuído desse papel, o médico se mostra não como um instrumento de um Acordo de Cooperação, e que vai ao município em busca de interesses profissionais e possibilidade de renda, para atender doentes, solicitar exames e prescrever medicamentos. A postura é de um promotor de saúde, que pertence à comunidade e que demonstra disposição para alimentar um vazio dos tempos atuais: a interação. É nesse cenário de interação social, de estreitamento relacional, que as condições de possibilidade para o vínculo são deflagradas: “Ele faz parte do município [...]” (Aluísio Azevedo); “[...] se dá bem com o povo.” (Casimiro de Abreu).

Importante reafirmar que esse município esteve mais de um ano sem médico na Atenção Básica, antes do provimento emergencial do PMM. Nesse contexto, o fato de a atenção médica e a população local não estarem hegemônicas no modelo biomédico favorece as condições de possibilidades para a produção de vínculo. Este, ao se fazer presente, abre caminhos para uma “ética de reconhecimento”³⁰.²⁸ no espaço público da Atenção Básica: os usuários se reconhecem e reconhecem o médico como cidadãos (de direito, ainda que plurais), que são partes de uma totalidade universal, cujo mote é saúde como valor democrático de direito.

Nessa tipificação de vínculo, em que o povo local constrói o modelo teórico para a atenção médica, a determinação social, ou seja, o cuidado, será produto de ações sociais concretas, geradas por atores sociais igualmente concretos e em processos históricos específicos. Neste “caldo de cultura dos processos implicados na produção de saúde”³²,¹⁷, o modo de vida da comunidade local ganha continência médica e a medicalização acaba atuando em sua face biopolítica positiva: promovendo uma cultura de atenção médica compartilhada.

Outra questão apontada em depoimentos diz respeito à segurança gerada pela integração do vínculo. Se o médico toma parte e faz parte do contexto local, se vê parte do meio social, da vida das pessoas que ele cuida e das relações cotidianas, ele confere segurança à população. Em outra abordagem, os encontros nos corredores da vida estreitam as relações de afeto, pessoais, familiares e de trabalho e geram uma sociabilidade de tolerância ao risco. Esse produto, somado à garantia de saúde como valor democrático, pode permitir que o morador local se sinta plenamente saudável, embora seja, por exemplo, hipertenso e diabético.

Pesquisa realizada na província de Roma, Itália, em 2007, com o objetivo de buscar as relações entre saúde e sociedade no contexto da Medicina de Família italiana, identificou que a produção de vínculo entre médico de família e usuário encontra condições efetivas de possibilidades em municípios pequenos, em que a vida “apressa-se de modo lento”. Ao contrário dos resultados gerados na cidade metropolitana e industrial, o povoado estudado demonstrou que a produção de cuidado se dá sobre uma ideia peculiar de temporalidade que legitima relações solidárias horizontais³³, nas quais o usuário é respeitado em sua autonomia de decidir o cuidado de si⁶. Essa pesquisa corrobora os dados desse estudo, conforme depoimento a seguir:

O nosso município é pequeno, as pessoas se conhecem mais, se visitam, trabalham juntas. Se você atender bem as pessoas, elas vão sair elogiando. E foi isso que aconteceu com esse médico. (José de Alencar)

É possível inferir que, ainda que o médico detenha uma autoridade performativa, produza enunciados performativos potencialmente fortes para persuadir um determinado usuário em prol de resolutividade instrumental de seu processo saúde-doença, no contexto das relações deste estudo, o modo de ser do médico propicia a insurgência de pessoas confiantes em seu capital cultural³⁴.

A análise dessa categoria reforça que toda e qualquer abordagem de saúde, instituída em um determinado tempo histórico, deriva do estilo de pensamento que circula nas relações históricas, sociais e culturais, em um dado contexto. Nessa lógica, o modo humanístico de atuação do médico e a sua disposição para o vínculo são frutos de seu estilo de pensamento, construído em um determinado momento histórico da sua vida. Esse momento histórico corresponde exatamente àquele que, um dia, condicionou e configurou o horizonte que pôde ser pensado pelo médico: exercer uma Medicina humanística e solidária. Tais especificidades, ao balizar a relação entre médico e usuários, acabaram consistindo em um instrumento de legitimação do modo como a comunidade local compreende saúde: horizontal e democrático³⁵.

Desse modo, o vínculo demonstrado pela comunidade na relação com o médico cooperado acabou fertilizando a hegemonia da determinação social. Isto é, o modo de o médico e comunidade compreenderem saúde, na prática, constituiu-se em uma linha de base para a garantia do cuidado: a supremacia da determinação social como estilo dominante³⁶ de atenção médica. Nesse trilha consistente de cuidado, os prováveis limites impostos pela estrutura física e tecnológica da atenção básica, bem como pelo contexto macro, em que os recursos municipais sofrem os efeitos da crise ética, política e econômica pela qual passa o Brasil, fluidificam-se no horizonte humano de um povoado com tempo para a vida.

No cotidiano das relações do espaço social estudado, o vínculo não é um discurso, mas uma construção social edificada no encontro sem subjugados³⁶; no encontro ético-político. A partir desse modo de encontrar-se, é possível perceber a fala “trabalhar no postinho” não como um valor denotativo de pequenez, mas como uma delicada expressão de grandeza, na medida em que o médico “[...] é simples” (Martha Medeiros).

No entanto, relatos expressaram:

Dizem por aí que [o Projeto] vai terminar. Eu fico com medo [...]. Na minha idade, não dá pra ficar saindo de madrugada para ir para outra cidade ter consulta. [...] Antes de ter esse médico tinha que sair três horas da manhã de casa para ser consultada em outro lugar. (Martha Medeiros)

Essa relação dialética sinaliza uma questão histórica e social, sinteticamente descrita nesse relato: a interferência do conceito de risco da vida probabilística na produção concreta de saúde, socialmente determinada pelas condições de possibilidade do tempo presente. As pessoas não conseguem gozar a alegria pela conquista de atenção médica sem a ameaça do fim do projeto. Esse fluxo entre a segurança da presença e a insegurança do fantasma da ausência acaba atuando como um condicionante negativo de saúde da população local. Ao compreender que a insegurança tem suas raízes na sociedade de risco³⁷, aquela que, com maestria, condiciona a saúde do tempo concreto às incertezas do amanhã, é possível depreender que, embora a continência da saúde do território, por parte do médico, seja um bem ético, há uma pressão sistêmica do pensamento dominante de sociedades capitalistas: o da imprevisibilidade.

Faz-se importante destacar que o medo de perder a atenção médica, humanística, democrática, integral e solidária acaba fragilizando o processo de trabalho de toda a Atenção Básica. Tal medo poderia ser superado pela efetiva qualificação da informação, por parte dos ministérios responsáveis pelo provimento emergencial. Por exemplo, os supervisores dos médicos cooperados, enquanto sujeitos institucionais, poderiam qualificar o direito à informação, incluindo em seus processos de trabalho a divulgação de que, em 2018, quando o Acordo de Cooperação se encerrar, o Brasil espera ter formado residentes para compor os quadros do então provimento emergencial⁷.

Informação de qualidade abre veredas compreensivas e configura-se em um direito social. No entanto, a fragilidade com que as informações circulam nos processos vivenciados em territórios da Atenção Básica, no contemporâneo, tem limitado a capacidade de os serviços responderem às necessidades concretas de saúde do território³⁸. Esse fato social requer reflexão e posicionamento crítico, ou seja, a iniciativa nominada provimento emergencial exige trato ético por parte de seus arquitetos, no sentido de ser elucidada sobre seu significado, objetivo e duração.

Se os usuários tomam ciência do sentido de provimento chamado emergencial; se eles tomam ciência da duração do acordo e em que medida poderão enfrentar algum período de tempos sombrios (transição entre o fim do Termo de Cooperação entre Brasil e Cuba e chegada de residentes), a sensação de risco pode ser diluída. O problema é que não raramente os processos de implantação de políticas e programas seguem um curso de comunicação dormente. Um curso de um tempo sem tempo para compartilhar informações.

O município conquistou sua UBS em 1997, ano de emancipação. Segundo registros locais, a atenção médica da Atenção Básica esteve sob a alçada de 19 médicos, entre 1997 e 2014, uma média de um médico por ano, sendo que, em alguns períodos desse recorte, a comunidade local ficou desprovida de médicos. A rotatividade e o vazio de atenção médica, em alguns períodos, provavelmente geraram uma representação social de risco de vazio de continência. Esse risco acabava produzindo uma desoladora materialidade: “sair às três horas da manhã de casa para ser consultada em outro lugar” (Martha Medeiros).

Em cenário de crise macroética, política e econômica, o risco da perda do médico, que ronda os espaços sociais da Atenção Básica, acaba sendo maximizado:

[...] tenho medo de quando o programa chegar ao fim! Hoje é um profissional que a gente tem, né... Quando o programa acabar, quem garante que vai ter médico? (Machado de Assis)

A cada dia, ele conquista mais os moradores [...], quando ele for embora vai fazer muita falta. (Martha Medeiros)

Os depoimentos apontam a insegurança, a imprevisibilidade e o olhar a vida a partir da incerteza do amanhã. A garantia da presença de um médico que reside no município oferece conforto e segurança para a população dessa cidade, garantindo uma dimensão fundamental da integridade: a compreensão do movimento do território.

Depoimentos permitiram compreender que o médico cooperado é percebido como uma conquista social para o território. Ele não é avaliado com satisfação pela comunidade a partir da sua presença *per se* ou de acordo com seu currículo, mas em função das relações pessoais solidárias que formou com os munícipes.

Bernardino Fantini, diretor do Institut Universitaire D'histoire de la Médecine et de la Santé Publique, da Universidade de Genebra, ilumina com maestria a compreensão de Giovanni Berlinguer, médico, bioeticista, político e humanista italiano, sobre a atenção médica. Dedicando a vida ao confronto com “as realidades dramáticas” vinculadas à saúde, ao trabalho e ao direito, ele compreendia a atenção médica como um espaço arquitetônico de produção e aplicação de consciência médica, de exercício humanístico (ética) frente às tomadas de decisão (política) cotidianas, em cujo centro está a solidariedade²⁵.

Considerações finais

O estudo buscou compreender o impacto social qualitativo, gerado pelo provimento emergencial do Projeto de Cooperação do PMM, no processo de cuidado de pessoas de uma pequena localidade de Santa Catarina que padecia com a falta de médicos em seus serviços há mais de um ano. Os dados revelaram que o estilo de pensamento humanístico e solidário de atenção médica, em que saúde é socialmente determinada, gera disposição para o médico saber como as pessoas são e essa disposição favorece a produção de vínculo, na medida em que dá condições para que a comunidade internalize que será cuidada por outro igual: no caso deste estudo, um outro “humilde e simples”. O vínculo apresentou-se não como um discurso, mas como uma construção social do encontro ético-político. Esse encontro, autorizado pelo modo de pensar e fazer Medicina de um legítimo produtor de saúde, o médico cooperado, tem se apresentado como o solo epistemológico para a produção de um curso emancipatório na vida dos usuários, já que estes têm se mostrado confiantes nas relações cotidianas com seu cuidador. No entanto, o receio de perder a atenção médica, produzido na desinformação sobre o processo do PMM, tem resultado em uma insegurança social que tem gerado sofrimento. Esse sofrimento pode ser superado pela efetivação de um balizamento ético-político, por parte do Governo Federal, para a garantia do direito à informação a respeito das ações programáticas para o devir do provimento emergencial, descritas na lei do programa.

Colaboradores

Rafael Gustavo de Liz colaborou com a concepção e com o desenho, participou ativamente da discussão dos resultados e contribuiu com a aprovação da versão final do trabalho. Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima colaborou com a concepção e com o desenho, participou ativamente da discussão dos resultados, realizou a revisão e contribuiu com a aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Spriano P. Antonio Gramsci, Lettere del carcere. Torino: Einaudi; 2014.
2. Saviani D. O legado educacional do regime militar. Cad Cedes. 2008; 28(76): 291-312.
3. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Physis. 2005; 15(Supl):145-76.
4. Castel R. As armadilhas da exclusão. In: Castel R, Wanderley LEW, Belfiore-Wanderley M. Desigualdade e a questão social. São Paulo: Educ; 2008. p. 21-54.

5. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 28 Mar 2006.
6. Lima RCGS, Garcia Júnior CAS, Kerkoski E, Chesani FH. Programa Mais Médicos de Santa Catarina: breve relato de experiências iniciais. *Tempus, Acta Saúde Colet.* 2015; 9(4):67-80.
7. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
8. Boito Júnior A. A natureza da crise política. *Le Monde Diplomatique.* 1 Mar 2016. p. 4-5.
9. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos. *Interface (Botucatu).* 2013; 17(47):913-26.
10. Programa Mais Médicos Governo Federal. Mapa de atuação. Municípios com Médicos do Programa [Internet]. Brasília; 2016 [citado 23 Jun 2016]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/consulta-por-cidade#>.
11. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publ.* 2008; 24(Supl 1):159-72.
12. Yin RK. Estudo de caso – planejamento e métodos. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
13. Bell J. Como realizar um projeto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação. Lisboa: Gradiva; 1997.
14. Yin RK. Applications of case study research. California: Sage Publications; 1993.
15. Pope C, Mays N, organizadores. 3a ed. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2a ed. São Paulo: Artmed; 2008.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
18. Assis MMA. Método de análise em pesquisa qualitativa em saúde. Feira de Santana: UEFS; 2003.
19. Manacorda MA. Antonio Gramsci: l'alternativa pedagogica. Roma: Riuniti; 2012.
20. Nabuco A. Michel Lowy: por um novo mundo, sem capitalismo. *Caros Amigos.* Dez 2015 16-20.
21. Sell CE. Racionalidade e racionalização em Max Weber. *Rev Bras Cienc Soc.* 2012; 27(79):153-72.
22. Cardoso LA. O conceito de racionalização no pensamento social de Max Weber: entre a ambiguidade e a dualidade. *Teoria Soc.* 2008; 16(1): 256-75.
23. Rosen G. Da Política Médica à Medicina Social: ensaio sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Geral; 1980.
24. Engels F. The condition of the working class in England 1845 [Internet]. Delaney T. Moscow: Institute of Marxism – Leninism; 1969 [citado 25 Mar 2016]. Disponível em: <https://www.marxists.org/archive/marx/works/1845/condition-working-class/>.
25. Berlinguer G. Storia della salute. Firenze: Giunti Editore; 2011.

26. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
27. Mejias Sanchez Y, Duany Machado OJ, Toledo Fernandez AM. Cuba y la cooperación solidaria en la formación de médicos del mundo. *Educ Med Super*. 2010; 24(1):76-84.
28. Lima RCGS, Verdi MIM. Solidarity in family medicine in Brazil and in Italy: reflecting on ethical issues and contemporary challenges. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(29):271-83..
29. Coutinho CN. O Conceito Gramsci ano de “vontade coletiva”. In: Semeraro, G Oliveira MM, Silva-PT, Leitão SN. organizadores. Gramsci e os movimentos populares: Rio de Janeiro: Editora UFF; 2011. p. 45-52.
30. Fleury ST. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: Fleury ST, Lobato LVC. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 24-46.
31. Arias PG. La Cultura: estrategias conceptuales para comprender la identidad. La diversidad, la alteridad y la diferencia. Quito: Abya-Yala; 2002.
32. Collicelli C. La salute come processo sociale. Sanità e ricerca sociologica. Milano: Franco Angeli; 2011.
33. Lima RCGS, Verdi MIM. Reflexões sobre a relação entre saúde e sociedade no contexto italiano contemporâneo. *Rev Bioét*. 2011; 19(1):141-57.
34. Bourdieu P. A economia das trocas lingüísticas. São Paulo: Edusp; 1996.
35. Fleck L. La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
36. Gramsci A. Quaderni del carcere. 3a ed. v. 1. Torino: Einaudi; 2007.
37. Beck U. La società del rischio. Urbino: Carocci; 2011.
38. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(esp):158-64.

Liz RG, Lima RCGS. Percepciones de usuarios sobre el impacto social del proyecto de cooperación del Programa Más Médicos: un estudio de caso. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1281-90.

El estudio presentado en este artículo tiene el objetivo de identificar eventuales cambios generados en el proceso de cuidado de usuarios de la Atención Básica, residentes en un municipio del Estado de Santa Catarina, Brasil, incluido en el Proyecto de Cooperación del Programa Más Médicos. Se trata de un estudio cualitativo, realizado en 2015, que utilizó como instrumento de colecta de datos la entrevista semi-estructurada y el diario de campo. El análisis fue realizado por el método ético-político que reveló: 1) una producción consistente de vínculo, autorizada por un modo humanístico de pensar y hacer medicina y por la internalización de ser cuidado por un igual, en la condición de humanos; y b) la inseguridad sobre el término del proyecto, edificada sobre la desinformación. Se concluyó que el vínculo no prescinde de disposición solidaria y que existe la necesidad de que el gobierno federal realice una señalización ético-política para asegurar información de calidad sobre el proyecto.

Palabras clave: Atención Médica. Atención Básica. Derecho a la salud.

Submetido em 07/04/2016. Aprovado em 22/05/2017.

Projeto Mais Médicos para o Brasil:

uma análise da Supervisão Acadêmica

Erika Rodrigues de Almeida^(a)
 Adriano Ferreira Martins^(b)
 Harineide Madeira Macedo^(c)
 Rodrigo Chávez Penha^(d)

Almeida ER, Martins AF, Macedo HM, Penha RC. More Doctors in Brazil Project: an analysis of Academic Supervision. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1291-300.

The shortage of physicians in Brazil has been alleviated by the More Doctors Program. As part of the program, physicians participate in professional enhancement processes, such as Academic Supervision, through which pedagogical support is given to strengthen the necessary skills and competencies for working in primary care. In 2015, on-site visits and longitudinal supervisory activities took place, in addition to regional meetings, which addressed topics related to noncommunicable chronic diseases, neglected tropical diseases, an overview of the program, Mental Health, and Primary Care work processes. This list of themes is consistent with the prevalent epidemiological profile of the population, as well as work dynamics in primary care. In short, Academic Supervision has proven to be a powerful tool for the program qualification and Primary Care.

Keywords: More Doctors in Brazil Project. Academic Supervision. Work. Education. Health.

A carência de médicos no Brasil tem sido minimizada por meio do Programa Mais Médicos. Durante a permanência no programa, os médicos participam de processos de aperfeiçoamento profissional, como a Supervisão Acadêmica, por meio da qual é concedido apoio pedagógico para o fortalecimento de habilidades e competências necessárias ao trabalho na Atenção Básica. Em 2015, foram realizadas visitas *in loco* e atividades longitudinais de supervisão, além de encontros locais regionais, nos quais foram abordadas temáticas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis, às doenças tropicais negligenciadas, ao panorama do programa, à Saúde Mental e ao processo de trabalho na Atenção Básica. O elenco desses conteúdos converge com o perfil epidemiológico prevalente na população, bem como com a dinâmica de trabalho na Atenção Básica. Assim, a Supervisão Acadêmica tem se mostrado uma ferramenta potente para a qualificação do programa e da Atenção Básica.

Palavras-chave: Projeto Mais Médicos para o Brasil. Supervisão Acadêmica. Trabalho. Educação. Saúde.

^(a) Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. SAF Sul, Quadra 2, Lotes 5/6, Bloco II – Edifício Premium, Andar Auditório, Sala 10. Brasília, DF, Brasil. 70070-600. erika.almeida@saude.gov.br

^(b) Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Pedras de Fogo. Pedras de Fogo, PB, Brasil. adrianoenfobr@gmail.com

^(c) Fundo Nacional para o Desenvolvimento da Educação - FNDE, Ministério da Educação. Brasília, DF, Brasil. harimadeira@gmail.com

^(d) Departamento de Medicina. Universidade Federal de São João Del-Rei. São João del Rei, MG, Brasil. rodrigopenha@ufsj.edu.br

Introdução

Em 2013, o governo brasileiro criou o Programa Mais Médicos, com vistas a reorientar a formação médica, aumentar o número de vagas nos cursos de Medicina e nos programas de residência médica, melhorar a infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde e minimizar a escassez de médicos por meio da provisão desses profissionais em regiões de maior carência no país. Esse último objetivo, conhecido como provimento emergencial, é realizado por intermédio do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Os médicos vinculados ao PMMB atendem nas Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família e são acompanhados periodicamente por uma instituição de ensino superior, que desenvolve ações de supervisão acadêmica¹⁻⁵.

Denomina-se Supervisão Acadêmica o acompanhamento periódico e sistemático aos médicos participantes, por meio do qual é concedido apoio pedagógico, realizado de forma presencial e a distância. Embora essas atividades de supervisão sejam monitoradas pelo Ministério da Educação (MEC) via sistemas informatizados, elas são parte da coordenação e avaliação do programa, realizadas em conjunto com o Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)².

No âmbito do MEC, a gestão do PMMB se dá na Coordenação Geral de Expansão e Gestão da Educação em Saúde (CGEGES), alocada na Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde da Secretaria de Educação Superior (DDES/SESu)⁶. Essa Coordenação realiza o acompanhamento das ações relacionadas à supervisão acadêmica aos médicos participantes, bem como coordena os Módulos de Acolhimento e Avaliação, o primeiro momento formativo dos médicos no projeto.

Ao ressaltar que o PMMB, em suas ações, tem por objetivo o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família (AB/ESF) e da Educação Permanente em Saúde, torna-se relevante examinar os aspectos de sua ação no território e seu impacto.

Nesse sentido, cabe destacar que, durante a permanência no PMMB, os médicos participam de processos de aperfeiçoamento profissional, em uma perspectiva de educação permanente, organizada em dois ciclos. O primeiro ciclo formativo está subdividido nos eixos educacionais Especialização e Supervisão Acadêmica. O segundo ciclo formativo está subdividido em Aperfeiçoamento e Extensão, além da continuidade das atividades da Supervisão Acadêmica. Para os médicos formados no exterior, faz-se necessária a participação no Módulo de Acolhimento e Avaliação antes de iniciar o primeiro ciclo¹⁻³.

Assim, a Supervisão Acadêmica mostra-se como ferramenta pedagógica permanente no PMMB e de caráter obrigatório para o funcionamento do Programa, sendo de extrema relevância analisar suas atividades. De modo a contribuir com esse entendimento, este artigo visa descrever e analisar as principais temáticas trabalhadas pelos supervisores com os médicos participantes do PMMB, no ano de 2015.

A Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil

A Supervisão Acadêmica é um dos eixos educacionais do PMMB e prevê ações de fortalecimento da política de educação permanente, por meio da integração ensino-serviço no componente assistencial da formação dos médicos participantes do projeto³⁻⁴. O supervisor – médico vinculado a uma instituição supervisora do PMMB – realiza o acompanhamento periódico dos médicos integrantes do projeto, concedendo apoio pedagógico para a consolidação das competências necessárias ao desenvolvimento das ações e qualificação da Atenção Básica.

Por meio de visita individual e presencial e de ferramentas de comunicação a distância, como telefone ou internet, desenvolvem-se ações de segunda opinião formativa, interconsulta ou outras atividades necessárias para o aprimoramento do médico participante. Cabe ao supervisor, igualmente, apoiar os médicos na elaboração e implementação dos projetos de intervenção desenvolvidos durante o Curso de Especialização realizado por todos os médicos do PMMB no primeiro ciclo formativo, assim como também compete a esse profissional avaliar os médicos participantes do Projeto e acompanhar, em apoio aos gestores do SUS, o cumprimento da carga horária dos supervisionados²⁻⁴.

Para a realização das atividades de Supervisão Acadêmica, são previstos três momentos, caracterizados enquanto espaços de educação permanente: I) Supervisão *In Loco*, presencial e de caráter individual, com periodicidade mensal, a ser realizada no local de trabalho do profissional médico do PMMB; II) Supervisão Locorregional, de caráter coletivo, que se caracteriza pelo encontro presencial (a cada três meses) dos atores participantes do PMMB de uma determinada região – trata-se de espaços coletivos de ensino-aprendizagem, nos quais as práticas e as realidades de saúde vivenciadas pelos médicos podem ser compartilhadas e aperfeiçoadas, levando em consideração as características e as singularidades de cada vivência, bem como as especificidades regionais; e III) Supervisão Longitudinal, caracterizada pelo diálogo constante entre supervisor e médico participante por meio da utilização de tecnologias de informação e comunicação, como internet e telefone. Esta última modalidade é permitida apenas para a supervisão de médicos alocados em território indígena e/ou supervisionados pelo Grupo Especial de Supervisão⁵ e/ou casos especiais autorizados pelo Núcleo Gestor do Projeto no MEC e é realizada no intervalo entre as visitas de Supervisão *In Loco*³.

Todas as modalidades de supervisão buscam oferecer suporte para o desenvolvimento das ações do médico e de sua equipe, no intuito de (i) sanar dúvidas relativas ao manejo clínico; (ii) realizar diagnóstico das condições de trabalho; (iii) identificar necessidades de aprendizagem; (iv) estimular o trabalho em equipe como estratégia de educação permanente; (v) apresentar e incentivar o uso das ofertas pedagógicas; (vi) estabelecer-se como cenário de avaliação formativa do profissional; (vii) desenvolver conhecimentos e competências nos eixos Família e Comunidade; Gestão; Processo de trabalho da equipe; e Clínica e Comunicação; e (viii) acompanhar o desenvolvimento de atividades pactuadas nos encontros de Supervisão Locorregional³.

Em que pese o discurso normativo, a CGEGES, a DDES/SESu e o MEC têm optado por não determinar as metodologias e/ou conteúdos a serem trabalhados no âmbito da Supervisão, sobretudo por considerar a heterogeneidade de realidades no trabalho dos médicos e dos supervisores do PMMB em todo o país. Entretanto, cabe identificar os conteúdos dessas atividades, com o intuito de analisar a pertinência destes frente ao perfil epidemiológico da população e à dinâmica de trabalho na Atenção Básica.

Coleta e processamento dos dados

Para realizar o estudo aqui proposto, lançou-se mão de análise documental como metodologia, utilizando-se dados primários obtidos da base informatizada do Ministério da Educação, denominado Sistema Webportfólio/UNA-SUS. Esse sistema foi desenvolvido para abrigar relatórios mensais postados pelos supervisores, nas quais são registradas as diversas atividades desenvolvidas com os médicos durante a visita de supervisão, bem como condições de trabalho referidas pelos profissionais, e por meio do qual são gerados relatórios gerenciais de monitoramento e avaliação do Programa Mais Médicos pelo MEC.

Entre as variáveis existentes no relatório, para este estudo, foi escolhida a variável “temática abordada na supervisão”, que é registrada pelos supervisores a partir do seguinte questionamento contido no relatório: Qual(is) temática(s) foi(ram) abordada(s) durante a supervisão?

Foram analisados 171.123 relatórios de supervisão, sendo 124.933 de supervisão *in loco*, 592 de supervisão longitudinal e 45.598 de supervisão locorregional, preenchidos por supervisores de todo o país no período de janeiro a dezembro de 2015, perfazendo a totalidade de relatórios de supervisão postados.

Foi extraída planilha Excel contendo todas as respostas dos relatórios quanto à variável selecionada (temáticas abordadas na supervisão) e considerando o período supramencionado. Ponderando que o questionamento admite múltiplas opções de resposta, as respostas de cada relatório foram isoladas, com vistas a permitir sua codificação. Em seguida, realizou-se análise de conteúdo temático-categorial⁷, considerando a frequência simples com a qual emergiram e a similaridade dos conteúdos, bem como buscando atender às exigências metodológicas propostas para este tipo de análise⁷⁻⁹.

Bardin⁹ define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens,

indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

Fundamentado nesses referenciais, o percurso metodológico adotado neste estudo pode ser assim sintetizado: 1) definição das variáveis de análise, do período e dos objetivos do estudo; 2) leitura parcialmente orientada dos textos (respostas dos relatórios), com vistas à exploração do material; 3) extração e codificação dos dados, com quantificação por frequência simples, considerando unidades de registro temáticas; 4) tratamento e análise temática dos dados, com agrupamento por unidades de análise; 5) análise categorial do texto, com quantificação final de cada categoria emergida; 6) organização e apresentação dos resultados; e 7) discussão dos resultados com base no perfil epidemiológico da população brasileira no período. Os dois últimos pontos são apresentados a seguir.

Resultados e discussão

A análise dos resultados culminou com a emergência de seis categorias, que são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Categorias emergentes dos relatórios de supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasil, 2015.

Ética, princípios e diretrizes/Elementos teóricos
Modelos de Gestão e de Atenção à Saúde/Processo de trabalho na Unidade Saúde da Família (USF)
Doenças e Agravos
Apoio ao Diagnóstico
PMMB
Ciclos de Vida e Saúde/Ações programáticas

As temáticas mais trabalhadas nos encontros foram aquelas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis, às doenças tropicais negligenciadas, à apresentação/panorama do PMMB, à Saúde Mental e ao processo de trabalho na Atenção Básica. O Quadro 2 apresenta 90% das temáticas trabalhadas na Supervisão Acadêmica. As demais temáticas agrupadas somaram 10% – categoria Outros –, e, como isoladamente se apresentaram com percentuais inferiores a 0,1%, optou-se pela não apresentação destas neste trabalho.

Ao analisar os conteúdos relacionados a Ética, Princípios e Diretrizes/Elementos teóricos, percebe-se que o principal assunto abordado diz respeito aos aspectos históricos, aos princípios e às diretrizes do SUS, seguido do debate acerca da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Considerando que a maioria dos médicos participantes do PMMB é de origem estrangeira, a abordagem desses conteúdos nas visitas de supervisão se mostra bastante oportuna e necessária. Ao ter acesso a discussões acerca do SUS e da PNAB, os médicos do PMMB podem aperfeiçoar os conhecimentos adquiridos quando ingressaram no projeto, visto que os módulos de acolhimento e avaliação abordam ambas as temáticas. Assim, considerando o dinâmico processo de trabalho na Atenção Básica e a necessidade de ações contínuas de educação/formação, discutir permanentemente o SUS contribui fortemente para a reflexão da práxis, de modo a qualificar a prática médica.

Nesse sentido, a Supervisão Acadêmica se apresenta como importante estratégia de educação permanente em Saúde, extremamente necessária no âmbito do SUS¹⁰. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde surge como uma alternativa de ação estratégica para contribuir na transformação e aperfeiçoamento das práticas de Saúde, na organização das ações e serviços, nos processos formativos e práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores do setor da Saúde. Para tanto, requer trabalho intersetorial, capaz de integrar o desenvolvimento individual e institucional, as ações, os serviços e a gestão local, a Atenção à Saúde e o controle social¹¹.

Quadro 2. Temáticas mais frequentes abordadas nas atividades de supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasil, 2015.

Temáticas	N
Avaliação das atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde	1840
Aperfeiçoamento da(o) Conduta Clínica/Diagnóstico/Terapêutica/Reabilitação	1696
Carga horária/escala de trabalho e cumprimento de horário do componente prático	1297
Processo de trabalho e reunião de equipe	1129
Acesso e acolhimento com classificação de risco	1096
Articulação com dispositivos da rede (Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf/Academia da Saúde/Consultório na Rua/Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu/Unidade de Pronto Atendimento – UPA/ Centro de Atenção Psicossocial – Caps)	996
Carga horária/escala de trabalho e cumprimento de horário do momento de estudo	969
Avaliação sobre a supervisão	922
Assistência farmacêutica	695
e-SUS	655
Planejamento em Saúde	643
Telessaúde	611
Regulação em Saúde e redes de atenção	563
Linhas de cuidado	562
Preenchimento correto de prontuários e receituários	542
Humanização em Saúde	519
Gestão do tempo	485
Medicina baseada em evidência	379
Protocolo clínico da Atenção Básica	370
Medicina Centrada na Pessoa	362
Participação popular e organização comunitária	316
Política Nacional de Atenção Básica	315
Projeto de intervenção	294
Integralidade da Atenção à Saúde	267
Sistemas de informação em Saúde	233
Álcool e drogas	221
Projeto Terapêutico Singular	180
Saúde do Adolescente	157

No que diz respeito às temáticas trabalhadas em relação aos Modelos de Gestão e de Atenção à Saúde/Processo de trabalho na USF, observa-se expressiva coerência com o cotidiano de trabalho na ESF. Discutir aspectos relacionados ao acolhimento e à organização das práticas de cuidado é de suma importância para o aprimoramento do trabalho em Saúde, tanto pelo profissional médico quanto por toda a equipe de Atenção Básica. Entretanto, faz-se necessário intensificar na agenda da supervisão diversos conteúdos, entre os quais, aqueles relativos às redes de atenção à Saúde, por serem o novo modelo de organização/atenção preconizado pela Organização Mundial da Saúde (em decorrência do perfil epidemiológico), e aos processos de avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas, que são fundamentais para o acompanhamento e aperfeiçoamento do trabalho desenvolvido.

No que tange aos conteúdos relacionados às doenças e agravos, percebe-se coerência com o perfil epidemiológico atual da população brasileira, caracterizado por elevadas prevalências de doenças crônicas não transmissíveis¹²⁻¹⁴, em especial as doenças cardiovasculares, o diabetes, a obesidade e as emergentes doenças psiquiátricas¹⁵, sobretudo a depressão e a ansiedade, além da permanência de doenças infectocontagiosas.

As doenças cardiovasculares representam uma das principais causas de mortalidade em todo o mundo, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) o fator de risco de maior prevalência, afetando cerca de 30% a 45% da população em geral e aumentando expressivamente com o envelhecimento.

No Brasil, dados da pesquisa Vigitel relatam a frequência de adultos que afirmam terem recebido diagnóstico de HAS de 15,2% em Palmas e 30,7% no Rio de Janeiro^{14,16-18}.

Tendo em vista o perfil dos médicos, majoritariamente cubanos, também foi positivo observar a escolha de temáticas relacionadas às doenças tropicais negligenciadas, que não são comuns na realidade do país de origem dos médicos. Nessa categoria, critica-se apenas a tímida abordagem de temáticas relacionadas às patologias cujo vetor é o mosquito *Aedes aegypti*, como a dengue, a *chikungunya*, a *zika* e a consequente microcefalia. Em virtude da elevada incidência dessas patologias no ano de 2015¹⁹, seria de extrema relevância abordar tais temáticas nas atividades de supervisão, com vistas a fomentar o debate em torno da detecção precoce dos sintomas e agravos.

Entretanto, ao analisar as temáticas referentes aos ciclos de vida e saúde/ações programáticas, é perceptível a insuficiente abordagem a grupos historicamente marginalizados dos serviços de Atenção Básica, como os homens, os adolescentes, os indígenas e os trabalhadores. O que se percebe é a quase exclusividade de abordagens e a manutenção da priorização às temáticas referentes a uma determinada população nas ações das equipes de Atenção Básica: mulheres, crianças e idosos.

É importante ponderar, no entanto, que essa escolha pode advir do próprio perfil demográfico da população de abrangência da unidade onde o médico do programa está alocado, como relatado em experiência descrita por Bertão²⁰. Segundo este autor, a supervisão acadêmica auxiliou o médico do Programa na escolha e desenvolvimento do projeto de intervenção do primeiro ciclo formativo, que foi a atenção à saúde do idoso, tendo em vista o elevado índice de envelhecimento da região. É importante mencionar, ainda, que o supervisor ofertou apoio não só ao médico do programa como também à equipe da Unidade de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, no que tange à construção de iniciativas de intervenção na saúde dos idosos do território.

Nesse âmbito, uma das críticas que vem se apresentado ao programa é a limitação do trabalho da supervisão ao médico participante do PMMB, como explicitado por Campos e Pereira Júnior²¹. Na prática, existem diversas experiências de supervisão, nas quais alguns, de fato, restringem sua atuação ao médico, enquanto outros dialogam com equipe, gestores e usuários²⁰.

As demais temáticas trabalhadas pela supervisão demonstram o constante processo de debate acerca do próprio projeto, o que é relevante frente ao seu processo dinâmico.

Os resultados obtidos neste estudo estão de acordo com aqueles observados por Engstrom²², que, ao avaliar encontros locais realizados no município do Rio de Janeiro entre 2014 e 2015, identificou que os supervisores elegeram como temáticas prioritárias: saúde mental, uso de drogas, saúde da mulher/pré-natal e criança. Segundo o autor, as estratégias pedagógicas fomentaram a aproximação de gestores, supervisores e médicos, em consonância com as necessidades da população e do Sistema de Saúde.

Silva e colaboradores²³, por sua vez, destacaram os protocolos assistenciais como o tema mais abordado por supervisores nos encontros locais realizados no estado do Rio Grande do Norte no ano de 2014.

Corroborando com o estudo supramencionado, Azevedo e colaboradores²⁴ identificaram que os encontros locais do PMMB no Rio Grande do Sul têm abordado discussões de caso, atualizações sobre manejos e protocolos clínicos, levantamento de necessidades e dificuldades das ações em ato e questões interculturais do cuidado, além de outros temas eleitos como relevantes pelos diversos atores do projeto.

Mesmo que consideradas as associações descritas anteriormente, observam-se, também, padrões de interesse educacional em comum. Apesar de estudos correlacionando interesse e busca por educação em específico serem escassos desde a conceituação de interesse²⁵, observa-se que há valor na experiência singular da vivência do médico para que este aprendizado seja significativo, desde as definições constantes no arcabouço da educação permanente do PMMB. O grau de influência do interesse em temas educacionais pelo supervisor tampouco deve ser desconsiderado, mas também pouco é encontrado sobre essa questão na literatura médica, apesar de diversas metodologias incorporarem o interesse como fundamental ao aprendizado. Ao levantamento das questões de interesse de aprendizado, vemos relação com os métodos como a revisão por pares (*peer review*), vista em métodos como o Programa de Educação Permanente para Médicos de Família descrito por

Silvério²⁶. Ainda que admitida a participação desse fator, maior aprofundamento sobre esta questão será necessário para compreensão de sua participação nos resultados encontrados.

Experiências de supervisão acadêmica a médicos participantes de programas de provimento profissional também são observadas na Austrália, onde os participantes têm acesso a ofertas educacionais para aprimoramento técnico e aulas para realização dos exames de revalidação completa do diploma no país²⁷⁻²⁹.

Por fim, esses estudos têm reconhecido a supervisão acadêmica como espaço privilegiado para o intercâmbio de conhecimento entre médicos e supervisores, por meio do qual são compartilhadas experiências e vivências desses profissionais.

Considerações finais

Ao longo de 2015, o Ministério da Educação implementou mudanças nos relatórios de supervisão, bem como nos processos de avaliação e monitoramento das ações do PMMB, com vistas ao aperfeiçoamento e à qualificação das atividades. Essas mudanças, inclusive, auxiliaram a construção dos resultados apresentados neste artigo.

A análise dos conteúdos das atividades de supervisão acadêmica permitiu observar relativa pertinência frente ao perfil epidemiológico prevalente na população brasileira, inclusive àquela que procura a Atenção Básica para atendimento às necessidades de saúde, bem como coerência com a dinâmica de trabalho nesse nível de atenção. Assim, o elenco dos conteúdos por parte dos supervisores revelou a priorização de temáticas de extrema relevância para a qualificação do trabalho dos médicos participantes do PMMB.

Estudo recente, desenvolvido por Lima e colaboradores³⁰, destaca a importância de organizar o trabalho no âmbito do programa a partir das necessidades reportadas por supervisores e médicos e defende que, se este trabalho primar pela sustentação do conceito ampliado de saúde, deve contemplar abordagens à atividade clínica, à oferta de serviços médicos, ao atendimento a doenças prevalentes e tratamentos pontuais e, sobretudo, contemplar o debate sobre modos de organização social de produção. Contudo, problematizam a capacidade/habilidade dos supervisores em adotar a dimensão ampliada de Saúde, haja vista o perfil de formação destes profissionais e a ausência de um *ethos* para o balizamento pedagógico. Concluem, ainda, que o processo de orientação acadêmica das atividades produtivas de médicos do provimento emergencial não corresponde a um enfrentamento pedagógico isolado, pois é parte e consequência do desenvolvimento histórico da teoria e da prática.

Com relação à pouca referência às patologias veiculadas pelo mosquito *Aedes aegypti*, acredita-se que isso tenha se dado em virtude de que, no ano em análise, ainda não se tinham evidências suficientes sobre a associação entre o vetor e as manifestações clínicas, e, ainda, pela ausência de materiais instrucionais que pudessem ser utilizados pelos supervisores no processo pedagógico.

Por outro lado, a Supervisão Acadêmica tem sido considerada uma importante estratégia de aproximação entre as universidades (instituições supervisoras) e o SUS²⁷, contribuindo para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade.

Ousamos afirmar, ainda, que a supervisão tem se mostrado uma ferramenta pujante para a qualificação das práticas clínicas e assistenciais dos médicos, o que, por sua vez, é potencialmente indutor de processos de fortalecimento da Atenção Básica e de consolidação do SUS. Por possibilitar a discussão entre profissionais no seio do serviço, com temáticas que emergem do campo do trabalho, também se mostra como potente estratégia de educação permanente, visto que serve para preencher lacunas e induzir mudanças nas práticas profissionais, o que contribui para o acúmulo de saber técnico, um dos requisitos necessários à transformação das práticas.

Em que pese a importância da supervisão, estudos sobre esse eixo do programa ainda são escassos na literatura, visto que os trabalhos publicados até então têm priorizado analisar o provimento emergencial, com foco nos médicos do programa. Editorial temático especial sobre o Mais Médicos, publicado recentemente, reforça esse cenário, pois, de 36 trabalhos apresentados, apenas dois deles³⁰⁻³¹ abordavam, e ainda de forma tímida, a supervisão e a tutoria acadêmica.

Ante o exposto, ressalta-se a importância do debate aqui introduzido e a necessidade de complementar as reflexões e os resultados ora apresentados com estudos sobre as metodologias utilizadas pelos supervisores na abordagem das temáticas, seus interesses nos temas e influências percebidas, pois tão ou mais importante do que o conteúdo é a forma com que este é motivado e trabalhado em um processo educacional. Cabe, ainda, aprofundar as investigações sobre os efeitos e/ou impactos que essas intervenções têm causado no âmbito do trabalho na Atenção Básica e no desenvolvimento de novos modelos de formação, educação continuada e Atenção à Saúde no Brasil.

Colaboradores

Erika Rodrigues de Almeida, Adriano Ferreira Martins, Harineide Madeira Macedo e Rodrigo Chávez Penha participaram ativamente da discussão dos resultados, assim como da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Portaria nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União. 9 Jul 2013.
3. Portaria nº 585, de 15 de junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Jun 2015.
4. Portaria nº 27, de 14 de julho de 2015. Dispõe sobre a adesão de instituições de ensino e programas de residência ao Projeto Mais Médicos para o Brasil enquanto das instituições supervisoras. Diário Oficial da União. 15 Jul 2015.
5. Portaria Normativa nº 28, de 14 de julho de 2015. Dispõe sobre a criação e organização do Grupo Especial de Supervisão para áreas de difícil cobertura de supervisão, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 Jul 2015.
6. Decreto nº 7.690, de 02 de março de 2012. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Educação. Diário Oficial da União. 06 Mar 2012.
7. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev Enferm UERJ (Rio de Janeiro). 2008; 16(4):569-76.
8. Berelson B. Content analysis in communication research. Glencoe: The Free Press; 1952.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
10. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. Saúde Soc. (São Paulo). 2011; 20(4):884-99.
11. Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 14 Fev 2004.

12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos básicos de saúde)
13. World Health Organization. Mortality and burden of disease. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014: Brazil [Internet]. [Geneva]: World Health Organization; 2014 [cited 2014 out 29]. Available from: http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf?ua=1
14. Bernal RTI, Malta DC, Iser BPM, Monteiro RA. Método de projeção de indicadores das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil segundo capitais dos estados e Distrito Federal. *Epidemiol. Serv Saúde (Brasília)*. 2016; 25(3):455-66.
15. Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr*. 2010; 59(3):238-46.
16. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Brazilian Guidelines on Hypertension. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(1 Suppl):1-51. Erratum in: *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(4):553.
17. Andrade SS, Malta DC, Iser BM, Sampaio PC, Moura L. Prevalence of selfreported arterial hypertension in Brazilian capitals in 2011 and analysis of its trends in the period between 2006 and 2011. *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17 (Suppl 1): 215-26.
18. Silva de Jesus N, Nogueira AR, Pachu CO, Luiz RR, Oliveira GMM. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial após Participação no ReHOT. *Arq Bras Cardiol*. 2016; 107(5):437-45.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Boletim Epidemiológico, volume 46, nº 44. 2015. [acessado em 2016 outubro 31]. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/07/2015-svs-be-pncd-se48.pdf>.
20. Bertão IR. A atuação de um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família. *Tempus Actas Saúde Colet*. 2015; 9(4):217-24.
21. Campos GWS, Pereira Junior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(9):2655-63.
22. Engstrom EM. O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locais no Programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas. *Tempus Actas Saúde Colet*. 2016; 10(1):241-52.
23. Silva JA, Abreu-e-Lima FC, Cortez LR, Rocha NSPD, Rocha PM, Uchoa SAC, et al. Encontros de supervisão local do Projeto Mais Médicos para o Brasil: a experiência do Rio Grande do Norte [Internet]. In: *Anais do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*; 2015; Goiânia: Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2015 [citado 31 maio 2016]. Disponível em: http://www.saudecoletiva.org.br/programacao/exibe_trabalho.php?id_trabalho=380&id_atividade=579&tipo=
24. Azevedo M, Dalmaso DF, Germany H, Perez V, Corrêa CCF, Silva FWG, et al. A Educação Permanente transversalizada nas ações de tutoria e supervisão do Projeto Mais Médicos para o Brasil [Internet]. In: *Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida*; 2016; Campo Grande: Rede Unida; 2016 [citado 31 maio 2016] Disponível em: <http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/2579>
25. Sass O, Liba FRT. Interesse e a educação: conceito de junção entre a psicologia e a pedagogia. *Imagens Educ*. 2011; 1(2):35-45.
26. Silvério JB. Programa de educação permanente para médicos de família. *Rev Med Minas Gerais*. 2008; 18(4 Supl. 4):60-6.

27. Campos GWS. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):641-2. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0286>.
28. Australian Government. Department of Health. Work as a doctor in Australia [Internet]. Canberra: Department of Health; 2014 [acesso 2016 Out 30]. Disponível em: <http://www.doctorconnect.gov.au/internet/otd/publishing.nsf/Content/home>
29. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>.
30. Lima RCGS, Grippa DW, Prospero ENS, Ros MA. Tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(9):2797-805.
31. Mota RG, Barros NF. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(9): 2879-88.

Almeida ER, Martins AF, Macedo HM, Penha RC. Proyecto Más Médicos para Brasil: un análisis de la Supervisión Académica. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1291-300.

La carencia de médicos en Brasil ha sido minimizada por medio del Programa Más Médicos. Durante la permanencia en el Programa, los médicos participan de procesos de perfeccionamiento profesional, como la Supervisión Académica por medio de la cual se proporciona apoyo pedagógico para el fortalecimiento de habilidades y competencias necesarias para el trabajo en la Atención Básica. En 2015, se realizaron visitas *in situ* y actividades longitudinales de supervisión, además de encuentros regionales *in situ*, en donde se abordaron temáticas relacionadas a las enfermedades crónicas no transmisibles, a las enfermedades tropicales negligenciadas, al panorama del Programa, a la Salud Mental y al proceso de trabajo en la Atención Básica. El conjunto de estos contenidos converge con el perfil epidemiológico prevalente en la población, así como con la dinámica de trabajo en la Atención Básica. Por lo tanto, la Supervisión Académica se ha mostrado una herramienta potente para la calificación del Programa y de la Atención Básica.

Palabras clave: Proyecto Más Médicos para Brasil. Supervisión Académica. Trabajo. Educación. Salud.

Submetido em 20/06/2016. Aprovado em 22/05/2017.

A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos

Moysés Martins Tosta Storti^(a)
Felipe Proenço de Oliveira^(b)
Aline Lima Xavier^(c)

Storti MMT, Oliveira FP, Xavier AL. Expanding family and community medicine residency vacancies by municipalities and the More Doctors Program. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1301-13.

The aim of this study was to identify strategies to create or expand vacancies in six family and community medicine residency programs coordinated by municipal managers in the Brazilian National Health System (SUS). The aim of these strategies is to contribute to the universalization of medical residency vacancies and the long-term supply of physicians foreseen by the More Doctors Program. The researchers analyzed reports, legislation, publications, and records of workshops promoted by the Ministry of Health. The following strategies were identified: expanding coverage and improving infrastructure at the primary care level; qualifying and recognizing the importance of preceptorship; planning legislation and budgets; integration with undergraduate programs and residencies in other areas. The protagonist role of municipal managers in transforming medical education is favored by innovative national policies coupled with initiatives adapted to the reality of each municipality.

Keywords: More Doctors Program. Medical residency. Family and Community Medicine. Primary Health Care.

Este estudo visa identificar estratégias para criação ou expansão de vagas de seis programas de residência de Medicina de Família e Comunidade coordenados por gestores municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) que podem contribuir para a universalização de vagas em residência médica e para o provimento médico em longo prazo previstos no Programa Mais Médicos (PMM). Foram analisados relatórios, legislação, publicações e registro de oficinas promovidas pelo Ministério da Saúde. Identificaram-se as seguintes estratégias: expansão da cobertura e melhoria da infraestrutura na Atenção Básica; qualificação e valorização da preceptorria; planejamento de legislação e do orçamento; integração com a graduação e outras residências. Conclui-se que iniciativas inovadoras de acordo com a realidade de cada município, combinadas com políticas nacionais, favoreceram o protagonismo de gestores municipais em mudanças na formação médica.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Residência médica. Medicina de Família e Comunidade. Atenção Básica.

^(a) Prefeitura Municipal de Três Lagoas. Rua Darci Pio, 843. Santos Dumont. Três Lagoas, MS, Brasil. 79620-010. moysesmts@hotmail.com

^(b) Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. proenco@ccm.ufpb.br

^(c) Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul, Sapucaia do Sul, RS, Brasil. alinelimaxavier@gmail.com

Introdução

Após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica (AB) logrou importantes avanços no país e melhorou o acesso à saúde, os resultados e os indicadores, sobretudo após a ordenação de pactos interfederativos e de novos arranjos organizacionais, como a Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse cenário, evidencia-se a potente expansão do número de equipes de Saúde da Família e a sua cobertura populacional, porém, ainda enfrenta-se dificuldades como infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS), capacidade administrativa municipal e financiamento insuficientes e alta rotatividade de profissionais¹. Tal nível de atenção, alçado à condição de prioridade no Governo Federal, mobilizou esforços do Ministério da Saúde (MS) na proposição de estratégias de intervenção frente a esses desafios, como a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a instituição do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), que provê profissionais em áreas remotas mediante supervisão e capacitação especializada; e oferta de bolsas para a residência médica por meio do Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Prioritárias (Pró-Residência), entre outras².

Segundo Pinto et al.³, “a insuficiência e a má distribuição de médicos no território nacional é fato percebido há muito tempo por gestores, estudiosos, trabalhadores e usuários”. Diferentes estudos afirmam que, para a população, a medida mais importante a ser tomada para melhoria do atendimento no SUS é o aumento do número de médicos⁴. A proporção desses profissionais por habitante é menor do que a necessidade da população, eles estão mal distribuídos no território nacional e escassos em áreas com populações mais pobres e remotas do país⁵. Além disso, o número de vagas disponíveis nos cursos de graduação é, proporcionalmente, pequeno e mal distribuído⁶.

Esses dados se relacionam diretamente à dificuldade ainda existente de expansão da ESF, em que o médico é integrante de uma equipe multiprofissional. Em 2013, a Frente Nacional de Prefeitos organizou a campanha “Cadê o médico?” solicitando medidas do Governo Federal para a solução do problema. O conjunto desses elementos condicionou o posicionamento diante da questão como objeto de ação efetiva do Estado, o que resultou na criação, ainda naquele ano, do Programa Mais Médicos (PMM)³. O PMM propõe a diminuição da escassez de médicos ao intervir em três dimensões: provimento emergencial de profissionais para municípios com áreas de vulnerabilidade, melhoria da infraestrutura das UBS e mudanças na formação de médicos, como a reordenação da oferta de cursos de Medicina e das vagas para residência médica, a adoção de novos parâmetros curriculares para a graduação, entre outras ações⁷.

Algumas análises sobre os impactos do PMM até o momento têm apontado para a redução de iniquidades em saúde e da escassez de médicos e para a satisfação dos usuários com a assistência dos médicos do Programa⁸⁻¹⁰. Ao mesmo tempo, identificam limites como o caráter provisório do programa e o caráter privatizante da expansão da graduação médica; insuficiências na gestão municipal dos serviços; pouco avanço em relação à definição de carreiras profissionais e à rotatividade profissional ocasionada pelos vínculos precários de trabalho^{10,11}.

Mais Médicos e a formação em residência médica para a Atenção Básica

A Lei nº 12.871/2013, que institui o PMM, dispõe sobre novos parâmetros para a formação médica na graduação e pós-graduação, especialmente, em suas relações com a AB¹².

Não é novo o debate sobre a necessidade de mudanças na educação médica, principalmente no que se refere à aproximação das necessidades de saúde da população. Entretanto, para que se consolide esse movimento de mudança, ele deve estar ligado a uma profunda revisão da residência médica¹³⁻¹⁶. Segundo a Lei nº. 6.932/1981:

A residência médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.¹⁷

Neste contexto, Amoretti¹⁶ chama atenção para o cenário que se apresenta em relação à residência médica: a constituição do modelo hospitalocêntrico de assistência médica e a fragmentação em disciplinas por especialidades no ensino médico produzem os hospitais como o principal campo de formação em serviço. Assim, a expansão das residências médicas se deu pela necessidade dos serviços médicos para as práticas hospitalares; a definição de vagas ocorria segundo as próprias necessidades ou o desejo da especialidade. As especialidades passaram a organizar tanto as faculdades quanto os serviços, formando elevados números de profissionais para atividades específicas em um mercado de trabalho restrito geograficamente.

Desse modo, é reconhecida a necessidade e a urgência da regulação da oferta de vagas de residência médica pelo Estado^{13,15}. Tal prerrogativa aparece legalmente pelo Decreto Presidencial nº 7.562/2011, que determina que a regulação das instituições e dos Programas de Residência Médica (PRM) considerem a necessidade de médicos especialistas segundo perfil socioepidemiológico da população, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS¹⁸.

Cria-se então o Pró-Residência, em 2009, que teve o objetivo de apoiar a formação de especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS. Segundo Alessio¹⁸, “até então, inexistiam políticas indutoras de vagas de formação de especialistas, voltadas para a necessidade do SUS, apesar de o poder público ser sabidamente o maior financiador das bolsas dos residentes”. Entre as especialidades e áreas de atuação prioritárias para a expansão nesse programa encontra-se a Medicina de Família e Comunidade (MFC).

Os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) remontam ao ano de 1976, com a criação das primeiras experiências na área. A especialidade do médico de família e comunidade estabelece uma ampla base de clínica geral, familiar e comunitária para a sustentação dos sistemas de saúde¹⁶. A prática do médico de família é de atenção ampliada, que aborda o binômio saúde-doença como um processo condicionado pelo entrelaçamento de fenômenos biológicos, psicológicos e sociais de todos os grupos populacionais. Ademais, é capaz de resolver 85% dos problemas de saúde, sem desfazer o vínculo com o paciente e, em casos mais críticos, exercitar o gerenciamento da clínica ao longo da rede, considerando tanto a condição geral de saúde quanto o contexto do usuário^{19,20}. Esses atributos convergem sobre as competências esperadas dos médicos formados nessa especialidade conforme os requisitos mínimos regulamentados pela resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)²¹.

Segundo Santos²⁰, “os sistemas de saúde de países que são majoritariamente públicos e com forte investimento em [Atenção Primária à Saúde] APS têm 30 a 40% de seus especialistas formados em MFC.” Alessio evidencia alguns desafios para a consolidação das residências nessa especialidade, com dados de 2014:

Em 2013, havia cerca de 34.000 ESF implantadas no país, mas apenas 3.253 médicos titulados especialistas em MFC. Atualmente, há 1.277 vagas de MFC distribuídas por todas as regiões do país, mas ainda ausentes em alguns Estados, como Amapá, Piauí e Rondônia. Apesar de as vagas nesta especialidade terem dobrado de 2009 a 2014, a ocupação das vagas é extremamente baixa, com taxa de ociosidade girando em torno de 70%.¹⁸

A autora sugere, então, que o PMM possibilite uma atuação conjunta das políticas públicas para investimentos na formação de médicos conforme responsabilidade social, centrado na AB e em número adequado ao modelo assistencial do SUS. Em relação à ocupação de vagas, especialmente, as políticas públicas têm se destacado como fatores positivos²².

Entre as principais mudanças na formação médica, o PMM propõe a universalização das vagas de residência médica até o ano de 2018, priorizando a expansão de vagas de PRMFC, que passaria a ser pré-requisito para a maioria das outras especialidades^{2,12}. Segundo dados apresentados pelo MS²³, 18.419 estudantes ingressaram em cursos de graduação de Medicina no ano de 2012. Por outro lado, em 2015, havia 1.533 vagas de residência em MFC e 365 vagas para as demais especialidades de acesso direto. Dessa forma, até 2018 haveria necessidade de criação de aproximadamente 16.500 vagas nesta especialidade para garantia do acesso universal à residência médica no Brasil.

De acordo com o Ministério da Saúde, como consequência da universalização da residência médica a partir dos PRMFC, o Brasil se aproximaria da maioria dos países com sistemas públicos de saúde no mundo e, concomitantemente, possibilitaria o provimento, a longo prazo, de médicos qualificados para atuação no âmbito da Atenção Básica^{2,7,23}.

Considera-se que a mobilização institucional, conduzida por atores como os Ministérios da Saúde e o da Educação, para a consolidação das residências médicas, especialmente as de MFC, pode reforçar a formação de especialistas em áreas prioritárias de acordo com as necessidades da saúde no Brasil. Esse movimento alia-se às medidas de corresponsabilização dos gestores municipais nas estratégias de provimento e fixação de médicos na AB pelo PMM.

Este estudo visa identificar estratégias para criação ou expansão de vagas de seis Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade promovidas por gestores municipais que podem contribuir para a universalização de vagas de residência médica e para o provimento em longo prazo de médicos propostos pelo PMM.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória realizada no ano de 2015. Esta abordagem tem como objetivo proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato em sua historicidade, especialmente por se tratar de um tema pouco explorado e com necessidade de delimitação e esclarecimento, o que contribui com a primeira etapa de uma investigação mais ampla e na formulação de problemas mais precisos²⁴.

No ano de 2015, o Ministério da Saúde realizou duas oficinas de discussão com a participação de representantes de dez PRMFC de todas as regiões do país convidados, entre outros motivos, pelo êxito na expansão ou ocupação de suas vagas. Essas oficinas tiveram como objetivos apresentar informações do PMM, particularmente no que se refere à expansão das residências médicas; discutir desafios e potencialidades para a implantação de PRMFC, de acordo com a percepção dos gestores e coordenadores desses programas; e compor uma agenda conjunta entre MS, PRMFC e outros parceiros, de colaboração à expansão de vagas nacionais.

Entre os participantes das oficinas, foram selecionados seis programas como objeto deste estudo, definindo-se como critério de inclusão o estabelecimento da sua Comissão de Residência Médica (Coreme) pelo gestor municipal do SUS. Esse critério considerou a priorização da estratégia do Ministério da Saúde de estímulo à criação de programas municipais de residência em MFC²³. Com isso, foram analisados os programas dos seguintes municípios: Curitiba (PR), Florianópolis (SC), Palmas (TO), Recife (PE), Rio de Janeiro (RJ) e São Bernardo do Campo (SP).

A coleta de dados ocorreu a partir da observação participante nessas oficinas e do registro em diário de campo. Objetivou-se registrar as informações sobre as estratégias de criação, organização e gestão desses programas, suas potencialidades e desafios, além da opinião dos seus representantes em relação ao êxito de suas atividades.

Foi utilizada, também, a técnica de pesquisa documental que, segundo Gil²⁴, é a pesquisa desenvolvida a partir de material já elaborado, com a vantagem de permitir ao investigador a cobertura ampla de fenômenos e dados dispersos pelo espaço. Segundo o autor, essa técnica consiste na exploração de fontes documentais que podem ter sido previamente analisadas, porém, são passíveis de nova análise, de acordo com outros objetivos de pesquisa.

Foram analisados os relatórios das duas oficinas supracitadas^{25,26}; o registro em diário de campo; um relatório técnico de estudos sobre modelos de conformação e financiamento de PRMFC realizado pelo MS no ano de 2014²⁷; e quatro entrevistas publicadas na Revista da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, entre os anos de 2013 e 2015, com gestores de saúde envolvidos com os PRMFC dos municípios de Curitiba, Florianópolis e Rio de Janeiro²⁸⁻³¹. Foram analisados, também, dados coletados no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM), em legislação específica dos municípios selecionados e por contato direto com os coordenadores desses PRMFC.

A análise dos dados foi realizada conforme modelo referenciado por Gil²⁴ quanto à análise de conteúdo proposta por Bardin: inicialmente, seguiu-se a leituras dos materiais e, posteriormente,

seleção e preparação para análise temática segundo os objetivos da pesquisa. Após essa primeira etapa, houve a exploração do material, recortando e classificando os dados, e, por fim, seu tratamento, inferência e interpretação, de modo a construir novas formas de compreendê-lo de maneira ampla e generalizada.

Foram encontradas limitações referentes às técnicas de pesquisa utilizadas no pequeno alcance sobre as particularidades das experiências práticas dos programas estudados e à atualização dos dados dos sistemas utilizados. A análise desses dados permitiu explorar estratégias gerais e discursivas dos PRMFC, de modo a identificar as relações entre o desenvolvimento de uma política local e nacional de apoio à expansão de vagas desses programas por gestores municipais.

Os dados utilizados nesta pesquisa foram retirados de fontes governamentais e/ou publicações científicas, sendo assegurados os aspectos éticos necessários à pesquisa documental. Os gestores dos sistemas de saúde dos municípios selecionados foram informados oficialmente sobre a pesquisa e convidados à colaboração em consonância com a parceria estabelecida com o MS. A pesquisa não envolveu experimento em seres humanos, estando de acordo com as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012.

Resultados e discussão

Os resultados e a discussão estão apresentados em itens. Primeiramente, descreve-se um panorama de expansão e da ocupação de vagas dos PRMFC estudados. Depois, foram definidos os tópicos que reúnem as estratégias identificadas na análise dos dados, a saber: I. Expansão da cobertura e melhoria da infraestrutura da atenção básica; II. Qualificação e valorização da preceptoria; III. Planejamento de legislação e orçamento; e IV. Integração com cursos de graduação em Medicina e outras residências.

Os dados referentes ao número de vagas, a sua ocupação e à desistência das vagas ocupadas nos PRMGFC foram coletados no SisCNRN e com a coordenação desses programas, estando apresentados na Tabela 1. A ocupação das vagas ofertadas e a permanência dos médicos residentes nos programas são dois principais desafios reconhecidos para a formação de médicos especialistas na área e para o provimento de médicos^{20,32}. De acordo com os dados, a ocupação de vagas no ano de 2014, em todos os municípios estudados, foi igual ou superior a 50%, apresentando-se acima da taxa de ocupação nacional deste ano, de 26,5%³². Em 2015, apenas Curitiba apresentou ocupação inferior a 50%.

Tabela 1. Total de vagas de residentes do 1º ano (R1); e ocupação e desistência, por ano, dos PRMFC

	Vagas (R1)			Ocupação (%)		Desistência (%)	
	2012	2014	2016*	2014	2015	2014**	2015**
Curitiba (PR)	-	20	50	11 - 55	5 - 25	3 - 27	1 - 20
Florianópolis (SC)	-	16	16	13 - 81	16 - 100	5 - 31	3 - 18
Palmas (TO)	-	20	20	14 - 70	14 - 70	3 - 21	6 - 42
Recife (PE)	-	6	60	3 - 50	6 - 100	0	2 - 33
Rio de Janeiro (RJ)	60	100	150	64 - 64	100 - 100	20 - 31	20 - 20
São Bernardo do Campo (SP)	-	10	10	5 - 50	6 - 60	2 - 40	0

Fontes: Coordenadores dos PRMFC, SisCNRN, em 15/11/2015, DEPREPS/SGTES/MS, 2014. *sujeito à aprovação da CNRM

**nos primeiros 6 meses.

Segundo Feuerwerker¹³, a ociosidade das vagas ocorre em função do estímulo para determinadas especialidades e também das instituições, considerando a importância histórica da prática e as consequências da especialização crescente na formação médica. Contudo, há elementos que favorecem a ocupação: investimentos em ferramentas de trabalho e ambiência na atenção básica, planos de cargos, carreiras e salários e a valorização da formação do médico de família e comunidade no trabalho da ESF²².

Além disso, o aumento da oferta e do valor das bolsas, incluindo o estímulo à formação em preceptoria, são propostas nacionais recentes que visaram aumentar as taxas de ocupação. Outro recente incentivo foi a pontuação adicional de 10% em processo seletivo de programa de residência médica em outra especialidade de acesso direto para quem concluir a residência em MFC.

O PMM possibilitou espaço na agenda política para a importância da residência em MFC na provisão de médicos em áreas de vulnerabilidade social qualificados para a atuação na AB. O provimento emergencial fortaleceu a assistência médica, mas ainda são necessárias medidas de provimento a longo prazo para enfrentar a escassez de médicos. Há perspectiva de fixação de médicos nos locais onde realizam a residência médica; assim, a expansão desses programas pode contribuir com a distribuição e com o provimento de médicos onde ainda é necessário. Entretanto, iniciativas municipais e da gestão desses programas de residência são essenciais para a superação desse desafio^{23,25,26}.

Assim, os tópicos a seguir discutem as estratégias para a expansão e ocupação das vagas identificadas nesses programas, permitem analisar a sua implicação no nível local do sistema de saúde municipal e dialogam com o contexto nacional das políticas de educação em saúde.

Expansão da cobertura e melhoria da infraestrutura da Atenção Básica

Percebe-se que os municípios desse estudo desenvolveram ações para ampliar a cobertura na Atenção Básica, especialmente pela Estratégia de Saúde da Família, e sinalizaram, também, a necessidade de analisar a situação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde.

O município do Rio de Janeiro tem divulgado um importante investimento na Atenção Básica pela sua reestruturação a partir da Estratégia Saúde da Família, influenciada tanto pela PNAB quanto por experiências internacionais que comprovam a eficácia desses serviços como base para o desenvolvimento de sistemas universais de saúde^{30,33}. De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica/MS³⁴, o município passou de, aproximadamente, 9% de cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família, em 2010, para 45,4%, em 2015. Curitiba também apresentou expansão por meio da Estratégia Saúde da Família²⁸, alcançando cobertura de 45,82%.

Os dados de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família referentes a São Bernardo do Campo (SP) também apresentaram aumento: de 18,51%, em 2010, para 58,77% da população, em 2015. Já Os municípios de Palmas (TO) e Florianópolis (SC) evidenciaram cobertura elevada historicamente e demonstraram, no período de 2010 a 2015, aumento de, aproximadamente, 10% e 15%, respectivamente, enquanto o Recife (PE) apresentou uma manutenção próxima a 50% dessa cobertura no mesmo período. Mesmo em Florianópolis (SC), que atingiu a cobertura de toda a população, segundo os critérios atuais da Política Nacional de Atenção Básica, ainda há espaço para crescimento da ESF²⁹.

Um fator que limitava a expansão da ESF em apenas 1,5% a cada ano no Brasil era a dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de Saúde da Família^{2,5}. A residência médica é uma possibilidade para atrair médicos que serão inseridos em UBS, principalmente os formados há pouco tempo. Entretanto, ressaltam-se os desafios da interiorização e da ocupação dessas vagas, conforme visto anteriormente^{13,18}.

O programa de residência médica foi um dos meios para diminuir a escassez de médicos e aumentar a sua qualificação para atuação na ESF^{28,33}. Assim, a expansão da Atenção Básica contribuiu como janela de oportunidade para a criação de PRM de gestão municipal, representando demanda para incorporação e qualificação de médicos, além de prover infraestrutura para a organização desses programas.

Os dados apresentam empreendimentos nessa questão realizados pelo Rio de Janeiro, como a implantação de clínicas da família, a incorporação e a reestruturação de serviços e a oferta de recursos tecnológicos educacionais³⁰⁻³³. Florianópolis e São Bernardo do Campo encontraram dificuldades em relação ao espaço necessário dentro dos serviços, ao mesmo tempo em que reuniram profissionais qualificados e preceptores nos serviços com PRMFC²⁹. Não obstante, as iniciativas já realizadas verificaram que este ponto é ainda um desafio para todos os municípios.

Qualificação e valorização da preceptoría

No registro dos PRM no SisCNRM, é cadastrado o número de preceptores no início do processo de credenciamento e de abertura de novas vagas. A preceptoría é elemento fundamental dos projetos pedagógicos dos cursos. A proporcionalidade numérica entre o preceptor e o residente é definida por resolução da CNRM, na qual consta os requisitos mínimos para o credenciamento: “proporção mínima de um médico do corpo clínico, em regime de tempo integral, para seis residentes, ou de dois médicos do corpo clínico, em regime de tempo parcial, para três médicos residentes”³⁵.

Nos programas estudados, a proporcionalidade de um preceptor para um residente foi encontrada em três programas – Curitiba, Florianópolis e São Bernardo do Campo –, enquanto a proporção 1:2 foi percebida no programa de Palmas e Recife. Finalmente, a proporção de 1:4 foi encontrada no município do Rio de Janeiro.

A formação de docentes tutores e preceptores para programas de residência em MFC também é um desafio, pois eles são considerados modelos e responsáveis pelo caráter formativo para alunos e residentes. Assim, a construção da identidade e da formação do preceptor passa pela reflexão dos diferentes modelos de atenção e de ensino presentes no cotidiano do trabalho na saúde, pela valorização da preceptoría; pela definição de um perfil de competência que articule a gestão, a atenção e a educação; e pela busca de educar para responder às necessidades da área, considerando tanto o saber/fazer docente quanto o saber/fazer profissional^{16,36}.

Destaca-se, ainda, a oferta de cursos de atualização e especialização em preceptoría médica promovida por instituições de excelência na área da saúde em parceria com o MS desde o ano de 2012; além de, recentemente, a instituição do Plano Nacional de Formação de Preceptores ter como objetivo subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em MFC. Verificou-se, também, que cinco dos seis PRMFC dos municípios estudados inscreveram preceptores para formação nesses cursos em 2016³⁷ (a exceção foi São Bernardo do Campo, embora tenha havido participação em ofertas anteriores).

Os coordenadores dos PRMFC apontaram o valor positivo de preceptores qualificados para a satisfação dos médicos em formação e, conseqüentemente, sua permanência no Programa. Os cursos de formação de preceptores foram considerados importantes não só para a qualificação desses profissionais, mas também para a própria criação e organização desses programas. Entretanto, os dados analisados não possibilitaram correlação de tais iniciativas com a ocupação ou desistência das vagas.

Uma peculiaridade apontada pelo gestor do programa de Florianópolis foi a potencialidade que a grande quantidade de médicos especialistas em MFC atuando na AB do município proporcionou em avanços, principalmente, no que se refere ao modelo de inserção do residente nas equipes e na participação dos preceptores no desenvolvimento das ações da residência²⁹.

Além dos incentivos financeiros para recrutamento, outras formas de valorização desses profissionais também foram encontradas: reconhecimento da carga horária em atividades educativas contabilizadas no trabalho regular e no registro de produção profissional; aproximação com atividades de iniciação à docência e à pesquisa; capacitação na área pedagógica e na de educação médica; reconhecimento dessa função em plano de carreira, cargos e salários; e prioridade em questões de gestão de pessoas na rede de serviços.

Planejamento de legislação e orçamento

Alguns arranjos organizacionais de planejamento legal e financeiro também foram identificados e são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Complementação de bolsa-residente, incentivo ao preceptor, mecanismo jurídico utilizado e sustentabilidade financeira dos PRMFC

	Complementação de bolsa-residente	Incentivo ao preceptor	Mecanismo jurídico	Sustentabilidade financeira
Curitiba/PR	Não	Não	-	Não
Florianópolis/SC	Sim	Sim	Lei nº 9.649, de 1º de outubro de 2014	Sim
Palmas/TO	Sim	Sim	Lei nº 2.010, de 12 de dezembro de 2013	Sim
Recife/PE	Não	Não	-	Não
Rio de Janeiro/RJ	Sim	Sim	Convênio que regulamenta as ações com as Organizações Sociais	Não
São Bernardo do Campo/SP	Sim	Sim	Lei nº 6.368, de 4 de dezembro de 2014, alterada pela Lei nº 6.406, de 25 de junho de 2015; Portaria Conjunta SBC/Fundação ABC, de 10 de dezembro de 2010	Não

Fonte: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde, 2014²⁷

Foram utilizados dois mecanismos pelos programas dos municípios de Florianópolis, Palmas, Rio de Janeiro e São Bernardo do Campo para estimular a ocupação e a permanência dos residentes nas vagas. Um dos métodos foi a complementação financeira à bolsa-residente, além da gratificação aos profissionais servidores da rede desses municípios condicionada ao exercício de atividades de supervisão/preceptoria a estudantes da área da saúde.

Em relação ao planejamento e à execução desses investimentos, verifica-se heterogeneidade entre os municípios estudados. O Rio de Janeiro realiza atos administrativos por meio de contrato com a Organização Social de Saúde, no caso dos residentes, e convênio com Fundação Universitária, que gerencia a gratificação dos preceptores. Florianópolis e São Bernardo do Campo adotam legislação específica para concessão de bolsas e gratificações.

Outro mecanismo de repasse de recursos financeiros ocorre pela inserção do residente e/ou do preceptor em programas de incentivo à integração ensino-serviço instituídos no município, como é o caso de Palmas e São Bernardo do Campo. Constatou-se que esses programas visam incentivar processos formativos de acordo com as necessidades do sistema municipal de saúde; qualificar a força de trabalho em saúde por meio da reflexão sobre o processo de trabalho; estimular mudanças na formação profissional nas instituições de educação superior (IES) e na pesquisa científica, voltando-se ao contexto do SUS; e fixar o profissional especializado nesses municípios.

Desse modo, verifica-se que o investimento financeiro na forma de bolsas para as atividades assistenciais, de estudo e pesquisa de médicos-residentes e, também, de gratificação aos profissionais que exercem atividades de preceptoria e supervisão nas unidades de saúde se configuraram como uma importante ação de protagonismo dos municípios. Os únicos municípios que não indicaram complementação de bolsas-residência, conforme indicado na Tabela 2, foram Curitiba e Recife, embora indiquem complementação financeira aos residentes já vinculados às formas de contratação municipal. Assim, os programas analisados apresentam importantes taxas de ocupação, ao mesmo tempo em que demonstraram estratégias que implicaram incentivos financeiros aos residentes e/ou preceptores, sugerindo uma possível correlação entre esses incentivos e a ocupação das vagas.

Esta estratégia alia-se ao financiamento proporcionado nos últimos anos por políticas de âmbito nacional voltadas à criação de novas equipes de saúde da família, incluindo acréscimo de repasses financeiros previstos para a AB, e de formação de médicos especialistas em áreas prioritárias para qualificação das Redes de Atenção à Saúde. Combinados, tais investimentos ajudam a avaliar de forma inicial a possibilidade de sustentabilidade financeira dos PRMFC, ou seja, a capacidade de reunir recursos próprios e repasses de outros entes para garantir um orçamento positivo para manutenção do residente e, conseqüentemente, apostar na expansão de vagas²⁷.

Integração com os cursos de graduação em Medicina e outras residências

As estratégias de aproximação com a graduação foram apontadas como um importante fator de atração para a escolha de médicos pela MFC nos documentos analisados. Uma boa experiência inicial na AB, especialmente em unidades de saúde bem avaliadas nos processos formativos e com acompanhamento de preceptores formados em MFC, foram indicados como estratégias de êxito para favorecer a ocupação das vagas. Entre as iniciativas que seguem esse direcionamento estão as políticas de integração ensino-serviço e educação pelo trabalho, como Pró-Saúde, Pet-Saúde e atividades de integração entre os residentes e graduandos, bem como a divulgação da MFC aos egressos e alunos dos últimos anos dos cursos de graduação.

Essa estratégia torna-se mais importante em um contexto de aumento da AB como campo de estágio na graduação. Ela se relaciona com a forma como o estudante percebe a profissão em relação a seus interesses pessoais e é influenciada pela comunicação. É desse modo que o estudante adquire as primeiras experiências e perspectivas de atuação no mercado de trabalho³¹.

Alguns programas estudados apresentaram, também, mecanismos de integração com outros programas de residência de MFC e Residência Multiprofissional em Saúde. Isso se deu por meio da realização conjunta de processos seletivos e propostas pedagógicas, incluindo atividades teórico-práticas como aulas, seminários e encontros regulares. A aproximação entre Secretaria de Saúde e Instituições de Ensino Superior, especialmente no apoio das escolas de Saúde Pública à criação e ao desenvolvimento de PRMFC, foi apontada como um importante passo para a criação e a efetivação dessas ações na convergência das atividades entre residentes e graduandos.

Considerações finais

Percebeu-se que os gestores municipais de saúde podem assumir um protagonismo fundamental para a expansão da formação em Medicina de Família e Comunidade. Nos programas analisados, verificou-se que o aumento da cobertura da Atenção Básica e a melhoria da infraestrutura das UBS são estratégias que potencializam a residência em MFC. Destacam-se, também, as ações de formação e valorização da preceptoria, muitas desenvolvidas em conjunto com iniciativas federais, e a oferta de bolsas e gratificações que demonstraram ser característica marcante de todos os programas com elevada taxa de ocupação das vagas de residência.

Os gestores desses programas, que demonstraram ações de aproximação com cursos de graduação em Medicina e outras iniciativas de fortalecimento da integração ensino-serviço na sua rede de atenção à saúde, interpretam essa estratégia como uma das fortalezas para o bom andamento dos seus PRMFC. E, por fim, a possibilidade de intervenção sobre aspectos legais e orçamentários, fazendo uso de mecanismos jurídicos específicos para o PRM, e a garantia de orçamento para a formação de profissionais de saúde na rede foram aspectos importantes para viabilizar a continuidade e a sustentabilidade dos programas analisados.

A combinação das iniciativas municipais com políticas federais de gestão do trabalho, da educação na saúde e de expansão da Atenção Básica aponta para um momento ímpar para a Residência de Medicina de Família e Comunidade, ainda mais considerando que a Lei 12.871 inseriu a RMFC como o caminho desejável para uma formação sólida do futuro médico especialista na Atenção Básica. Isso posiciona o Brasil com outros países que entenderam que a regulação da formação de recursos humanos é um tema sensível para quem defende sistemas universais de saúde.

Por fim, reitera-se que este estudo, devido aos seus objetivos, limitou-se a estudar os programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade que participaram da formulação de políticas para a expansão de vagas de residência, sendo interessante buscar também compreender as experiências de outros municípios e IES como forma de ampliar a compreensão da diversidade de características possíveis que contribuam com a formulação de políticas públicas para o país inteiro.

Assim, novas investigações são necessárias para compreender as possibilidades de expansão dos programas de residência em MFC em municípios do interior, por exemplo.

A residência em MFC representa, então, uma das grandes políticas do SUS para atender, continuamente, à necessidade de médicos qualificados nos serviços, sendo uma oportunidade para que gestores municipais de saúde invistam na formação dos seus profissionais aliada à expectativa de provimento em longo prazo. É importante, portanto, a continuidade dos estudos sobre as experiências práticas de cada programa buscando identificar as possibilidades de mudanças alcançadas com o Programa Mais Médicos e as dificuldades que ainda persistem no contexto da formação profissional e do trabalho em saúde no Brasil.

Colaboradores

Moisés Martins Tosta Storti, Felipe Proença de Oliveira e Aline Lima Xavier participaram da concepção e delineamento do estudo; da coleta; do processamento; da análise e discussão dos dados; e da escrita, elaboração e revisão crítica do manuscrito, além de aprovar sua versão final. Todos os autores declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho.

Referências

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-97.
2. Ministério da Saúde (BR). Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
3. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg. Saúde Debate*. 2014; 51:105-20.
4. Piola SF, Servo LMS, Sá EB, Garcia LP, Paiva, AB, Barros MED. Percepção social sobre a saúde no Brasil. In: Schiavinatto F, organizador. Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS). Brasília (DF): Ipea; 2011. p. 79-104.
5. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo, JF, Farah JM, Wan der Maas L, Campos LAB. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-86.
6. Martins MA, Silveira PSP, Silvestre D. Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras: Relatório I [Internet]. 2013 [citado 1 jul 2015]. Disponível em: http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf.

7. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.
8. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2749-59.
9. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Maas LWD, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2675-84.
10. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC, et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2685-96.
11. Campos GWS, Pereira Júnior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2655-63.
12. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013.
13. Feuerwerker LCM. A especialização de médicos e as residências médicas no Brasil. *Saude Debate*. 2001; 25(57):39-54.
14. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e na residência médica no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 1998; 2(3):51-72.
15. Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saude Public*. 1997; 13(1):141-4.
16. Amoretti, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bra Educ Med*. 2005; 29(2):136-46.
17. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 9 Jul 1981.
18. Alessio MM. Análise da implantação do Programa Mais Médicos. [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2015.
19. Rodrigues RD, Anderson MIP. Formação em Medicina de Família e Comunidade. *Cad ABEM*. 2008; 4:30-7.
20. Santos MAS. Medicina de Família e Comunidade: um médico para todas as pessoas. *Rev Med (São Paulo)*. 2012; 91(ed esp):39-44.
21. Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Brasília. *Diário Oficial da União*. 26 Maio 2015.
22. Zambon ZLL. Necessidade crescente de médicos de família para o SUS e baixa taxa de ocupação nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade: um paradoxo? [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2015.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mais Médicos para o Brasil. Saúde para você. Apresentação em 2ª. Oficina Residências em Medicina Geral de Família e Comunidade: 02 de setembro de 2015. Brasília: 2015.
24. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6a ed. São Paulo: Editora Atlas; 2008.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Relatório da Oficina Residências em Medicina Geral de Família e Comunidade: 01 de julho de 2015. Brasília; 2015.

26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Relatório da 2ª Oficina Residências em Medicina Geral de Família e Comunidade: 02 de setembro de 2015. Brasília; 2015.
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Modelos de conformação e financiamento de Programas de Residência de Medicina Geral de Família e Comunidade. Brasília; 2014. (manuscrito não publicado)
28. Poli Neto P. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Curitiba [entrevista a Norman, JA]. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014; 9(31):192-4. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)904](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)904)
29. Lermen Jr. N. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Florianópolis [entrevista a Duncan, MS]. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014; 9(32):300-303. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)992](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)992)
30. Prado Jr JC. Desafios para a expansão de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade: a experiência carioca. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015; 10(34):1-9. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)1105](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)1105)
31. Soranz DR. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro [entrevista a Mello TP]. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014; 9(30):67-71. [citado 26 Nov 2015] Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)882](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)882)
32. Silva Jr AG, Andrade HS. Formação médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. Cienc Saude Colet. 2016. 21(9):2670-71.
33. Justino ALA, Oliver LL, Mello TP. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. Cienc Saude Colet. 2016; 21(5):1471-80.
34. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da Família [Internet]. 2015 [citado 26 out 2015]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
35. Resolução nº 2, de 07 de julho de 2005. Adequa a legislação da Comissão Nacional de Residência Médica ao art. 22 da Lei 12.871/2013, acerca do processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. Brasília. Diário Oficial da União. 14 Jul 2015.
36. Oliveira MS, Petta HL. Novas necessidades de formação para o SUS: educação na saúde para preceptores. Oliveira MS, Petta HL, Tempski PZ, Lima, VV, Padilha RQ, Gomes R, organizadores. In: Educação na saúde para preceptores do SUS: caderno do curso 2014. São Paulo (SP): Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Ministério da Saúde; 2014. p. 17-20.
37. Portaria nº 109, de 4 de março de 2016. Divulga lista dos Programas de Residência de Medicina Geral de Família e Comunidade que serão inseridos às atividades de aperfeiçoamento de preceptores de residência por meio do Plano Nacional de Formação de Preceptores, nos termos do Edital nº 14/SGTES/MS, de 2 de outubro de 2015. Diário Oficial da União. 7 Mar 2016.

Storti MMT, Oliveira FP, Xavier AL. La expansión de plazas de residencia de Medicina de Familia y Comunidad por municipios y el Programa Más Médicos. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1301-13.

El objetivo de este estudio es identificar estrategias para la creación o expansión de plazas de seis programas de residencia de Medicina de Familia y Comunidad coordinados por gestores municipales del Sistema Brasileño de Salud (SUS) que pueden contribuir para la universalización de plazas de residencia médica y para la provisión médica a largo plazo previstos en el Programa Más Médicos. Se analizaron informes, legislación, publicaciones y registro de talleres promovidos por el Ministerio de Salud. Se identificaron las estrategias siguientes: expansión de la cobertura y mejora de la infraestructura en la atención básica, calificación y valorización de la preceptoría, planificación de la legislación y del presupuesto, integración con la graduación y otras residencias. Se concluye que iniciativas innovadoras de acuerdo con la realidad de cada municipio, combinadas con políticas nacionales, favorecieron el protagonismo de gestores municipales en cambios en la formación médica.

Palabras clave: Programa Más Médicos. Residencia médica. Medicina de Familia y Comunidad. Atención Básica.

Submetido em 07/06/2016. Aprovado em 02/05/2017.

Imersão na realidade:

o Sistema Único de Saúde e a organização do Programa Mais Médicos em São Paulo, Brasil

Vinícius Pena de Alencar^(a)
Maria Sortênia Alves Guimarães^(b)
Talita Buttarello Mucari^(c)

Introdução

Criado em sua primeira versão de projeto nacional em 2003, o Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) foi construído com a participação de representações estudantis de cursos de graduação na área da Saúde, junto com o Ministério da Saúde, em parceria com a Rede Unida e com diversas outras entidades. Os estágios e vivências se caracterizam por permitir o contato direto de estudantes com a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), induzindo-os à reflexão sobre o observado. Todo esse processo se desenvolve em um formato de imersão, no qual o grupo de estudantes convive por um período de sete a 15 dias dentro do mesmo espaço físico, com a expectativa de que o convívio diário origine diálogos e imprima uma marca fundamental à vivência. Para tanto, são utilizados métodos ativos de ensino e aprendizagem, auxiliados pela figura do facilitador, estudante qualificado por experiência prévia em estágio ou vivência. Dessa forma, o VER-SUS figura como ferramenta de estímulo à formação de profissionais comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS, capazes de atuar como agentes transformadores da sociedade¹.

A construção do processo de vivência se dá a partir de uma chamada para submissão de projetos feita pela Rede Unida, associação de abrangência nacional responsável pela secretaria executiva do projeto VER-SUS/Brasil. A entidade publica semestralmente processos de seleção que visam à formulação de projetos e propõem a realização de seminários, oficinas e vivências com temas centrais do VER-SUS em suas perspectivas de educação permanente em Saúde. Após a submissão dos projetos por entes estatais, municipais e comissões organizadoras já estabelecidas, ocorre uma seleção das propostas, seguida pela divulgação dos locais que serão contemplados com o financiamento para execução de seus projetos.

Com o intuito de abranger as questões de Saúde Pública mais relevantes na atualidade, o VER-SUS tem direcionado suas temáticas às políticas de Saúde de maior impacto sobre a população. Entre essas ações, o provimento médico no Brasil tem sido o principal foco de discussões nos últimos anos. Porém, antes de adentrar nessa discussão e abordar a necessidade da importação de profissionais

^(a) Programa Saúde da Família Carlos Aldrovandi. Avenida Ângelo Bertelli Netto, 1000. Núcleo Residencial Professor Carlos Aldrovandi. Indaiatuba, SP, Brasil. 13.337-149. viniciuspenna1@gmail.com

^(b) Núcleo de Estudos da Saúde do Tocantins, Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, TO, Brasil. msortenia@uft.edu.br

^(c) Curso de graduação em Medicina, UFT. Palmas, TO, Brasil. tmucari@mail.uft.edu.br

da área médica, é necessário que se entenda o contexto da criação de um programa de provimento médico no país.

Historicamente, o Brasil tem sofrido com a carência de profissionais da área médica em regiões periféricas e de extrema pobreza. Tal fator, aliado à condição de vulnerabilidade das populações residentes nessas áreas, sejam elas povoados instalados em aglomerados urbanos ou comunidades isoladas em zonas inóspitas do país, eleva de forma exponencial os fatores de risco à Saúde desses povos.

Na contramão do que se observa nessas regiões, verifica-se a cada década um crescimento da razão médico por habitante no Brasil. Em 1980, ela era de 1,15 médico por mil habitantes, seguindo uma tendência de elevação contínua, até chegar a dois profissionais para cada mil indivíduos em 2012, representando um acréscimo de 73,92% na proporção de médicos por habitante no país². Toda essa situação resulta de uma complexa configuração na qual se entrelaçam questões referentes à formação e que acumulam ainda os reflexos de um passado recente. Nele, encontramos os processos de ensino focados nos serviços hospitalares, com uma forma frágil de integração que induz a uma formação fragmentada, cujos processos estimulam basicamente a especialização³.

A temática da conciliação entre atividades de ensino na área da Saúde e o serviço envolve tanto a gestão do trabalho quanto da educação, sendo abordada inicialmente com a análise do trabalho médico como mão de obra, voltado à diversificação das especializações, dentro do ambiente hospitalar. Nesse contexto, observa-se uma crescente fragmentação na formação médica, levando à concepção do profissional como um mero recurso a ser gerido. Ocorre que, com o aumento da quantidade de postos de trabalho, devido à expansão da cobertura em Atenção Básica, surge a necessidade de estratégias que visem tanto ao provimento e à fixação de profissionais nesses postos quanto à melhoria do processo de formação destes.

É neste cenário que surge o Programa Mais Médicos (PMM), instituído pela Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS e diminuir a carência de profissionais nas regiões prioritárias, visando reduzir as desigualdades regionais na área da Saúde⁴. O programa foi estruturado em três eixos de ação: investimento na melhoria da infraestrutura da rede de Saúde; ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em Medicina e residência médica no país; e provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis⁵.

Desde sua criação, o PMM tem obtido dimensão suficiente para atender uma considerável parcela da demanda de profissionais médicos nos municípios brasileiros. Em menos de um ano, o programa recrutou e alocou 14.462 médicos em 3.785 municípios. Grande parte desses profissionais foi obtida mediante uma parceria entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), que intermediou um convênio com o governo de Cuba, permitindo a chegada de médicos desse país para aqui atuarem⁵. Após dois anos de sua criação, o programa conta com aproximadamente 18 mil médicos atuando em mais de quatro mil municípios brasileiros. No Estado de São Paulo, o aumento do número de médicos após a implantação do PMM correspondeu a 14,1% até junho de 2015⁶.

Dada a dimensão atingida pelo PMM, no que diz respeito ao contingente destinado à prestação de assistência básica em saúde, é de grande relevância a inserção de ambientes relacionados à execução do programa no campo de ação do VER-SUS. Tal integração não apenas comporta a união entre a atmosfera de ensino e o espaço de exercício das funções, mas também propicia uma visão ampliada sobre o que envolve um complexo Sistema de Saúde.

Para atender a esses preceitos, a vivência teve o objetivo de proporcionar aos estudantes um contato direto com a realidade do Sistema de Saúde no domínio da Atenção Básica e permitir o conhecimento da forma de organização de um programa de provimento médico, desde seu planejamento até sua execução.

Método de construção da vivência

Ao fim do processo seletivo determinado pela chamada da Rede Unida e com a aprovação das propostas, passa-se à implementação das vivências. Esse procedimento envolve comissões locais

compostas por docentes, gestores, profissionais da saúde e representantes de movimentos sociais, que articulam a organização do projeto em conjunto com diversos órgãos daquela localidade, mantendo constante diálogo com a coordenação nacional do VER-SUS⁷.

Dessa mesma forma, a partir da chamada de verão 2016.1, surgiu a vivência em questão, intitulada “Mais Atenção Básica para o Estado de São Paulo”, publicada sob um termo de referência próprio, semelhante a um edital, na plataforma do Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS). Pela plataforma, qualquer estudante da área da Saúde do país pôde efetuar sua inscrição para participar da vivência. O grupo de participantes (viventes e facilitadores) foi selecionado pela comissão organizadora mediante análise prévia de uma redação e uma mídia em áudio ou vídeo, gravada por cada estudante.

Após a seleção, formou-se um grupo com dez estudantes (oito viventes e dois facilitadores) de várias áreas de formação, entre elas: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Saúde Pública e Psicologia. Para dar suporte aos participantes, foi designada uma comissão organizadora, composta por referências do Ministério da Saúde e apoiadores do Ministério da Educação, responsáveis por monitorar o PMM e apoiar a qualificação da Atenção Básica no Estado de São Paulo.

Realizada entre os dias 15 e 22 de fevereiro de 2016, nos municípios de São Paulo, Embu-Guaçu, Limeira e Sorocaba, a vivência se deu no âmbito do Programa Mais Médicos do Governo Federal, na forma de imersão vivencial, teórica e prática, dentro do Sistema de Saúde local. As atividades realizadas incluíram participação em reuniões de planejamento com gestores, visita a unidades de Saúde, rodas de conversa com equipes de Saúde e avaliação local sobre a implementação do programa, com abertura de espaços para debater e analisar as estratégias do PMM na esfera estadual. Ficou proposta como forma de integração a convivência diária entre os participantes no mesmo ambiente, visando estimular o compartilhamento das reflexões de cada indivíduo sobre o momento vivenciado para a construção de um saber coletivo.

O relato que segue descreve toda essa experiência, dando-se sob a perspectiva de um acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins (UFT), selecionado como vivente para participar da referida edição do VER-SUS. A narrativa será desenvolvida de maneira cronológica e reflexiva. Fundamentações teóricas serão inseridas no contexto de cada questão abordada, com a devida orientação de professoras que compõem o corpo docente da UFT.

Relato da vivência e reflexões

Primeiro dia

O período de vivência se iniciou com a recepção dos participantes pela comissão organizadora no Núcleo Estadual do Ministério da Saúde (Nems). Após o devido acolhimento, abriu-se uma roda de conversa com profissionais da Atenção Básica e do PMM do Estado de São Paulo. Nesse primeiro momento, foi exposto o contexto de criação do Mais Médicos como forma de atender a uma grande demanda de médicos na Atenção Básica, impulsionado por um movimento municipalista que contou com prefeitos de diversas localidades.

O referido movimento surgiu em janeiro de 2013, no Encontro Nacional de Prefeitos, realizado em Brasília, quando a Frente Nacional de Prefeitos criou a campanha “Cadê o Médico?”. Entre as reivindicações, houve a cobrança por medidas do Governo Federal na provisão de médicos para os municípios, com a proposta de flexibilizar as regras para contratação de médicos estrangeiros dispostos a atuar na Atenção Básica. A justificativa dada pelo Governo Federal para atendimento da exigência se baseou na proporção de médicos por habitantes no Brasil comparada à de outros países, além da má distribuição destes profissionais pelo território nacional⁸.

Possivelmente, o maior argumento favorável à criação de um programa de provimento médico no Brasil naquele momento tenha sido a desigualdade na distribuição dos profissionais. Isso é reforçado por outra estatística, que apontava um número de médicos por habitante inferior ao de outros países do globo, e até mesmo de algumas nações da América do Sul, como a Argentina⁸. Entretanto, vale ressaltar que há grande concentração de médicos em determinadas regiões brasileiras, inclusive no

próprio Estado de São Paulo. Por outro lado, mesmo com a presumível elevação da concorrência por campos de trabalho nessas localidades, a oferta de vagas nas regiões com escassez de profissionais não fora suficiente para atrair médicos dispostos a se comprometer com a Atenção Básica, seja pela falta de estrutura desses postos de trabalho ou por questões meramente financeiras.

Segundo dia

Em um olhar voltado para o território, o segundo dia de vivência tornou possível conhecer um pouco a realidade da Atenção Básica de Embu-Guaçu, cidade localizada a 48 quilômetros da capital, com uma população estimada em 67 mil habitantes, contando com 18 vagas autorizadas para médicos do programa. Uma equipe da Secretaria Municipal de Saúde local expôs um breve histórico das dificuldades vividas em seu Sistema de Saúde antes da implementação do PMM, apontando as melhorias observadas até aquele momento.

O município, que antes contava com apenas quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), obteve uma ampliação para 13 estabelecimentos, por meio de subsídios do Governo Federal previstos pela lei do PMM. A assistência farmacêutica, que inicialmente era prestada de forma descentralizada, passou a efetuar a entrega de medicamentos em uma farmácia central, devido à dificuldade da gestão local em contar com um farmacêutico por unidade.

A lei do PMM determinou um prazo de cinco anos para dotar as Unidades Básicas de Saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, triplicando o orçamento já existente no Programa de Requalificação das UBS, que define a alocação de recursos aos municípios conforme a apresentação de propostas ligadas à infraestrutura e à modernização das unidades. Com essa medida, foram mais de cinco bilhões de reais investidos pelo Ministério da Saúde para essa finalidade⁶.

Por se tratar de um município extremamente pobre, Embu-Guaçu se fez valer da oferta propiciada pelo programa governamental, que previu a ampliação da rede de Atenção Básica dos entes federativos aderentes. No entanto, fica claro que as ações de Saúde da gestão municipal anteriores ao programa se mostraram insuficientes. A própria forma de organização da pasta administrativa, com frequentes exonerações, não permitiu uma continuidade do trabalho, pois se sabe que a cada nova chefia, muitas vezes, parte do quadro de funcionários se modifica, levando ao abandono de ideias prévias e retorno à estaca zero.

Está claro que a distribuição, o provimento e a fixação de profissionais de Saúde em uma região têm relação inversamente proporcional à condição de saúde de sua população. Na cidade de São Paulo, por exemplo, há regiões com alta concentração de médicos e outras onde a relação médico por habitante é equiparável à de áreas remotas. Sabe-se que precariedade de vínculo também é uma questão inerente à dificuldade no provimento de médicos em determinadas áreas. Ela decorre da forma de contratação feita pelo gestor municipal, dos salários oferecidos e das más condições de trabalho, resultando na rotatividade de profissionais nos postos de trabalho, ao invés de sua fixação³.

Com o objetivo de conhecer melhor a forma de execução do PMM em Embu-Guaçu, uma experiência em campo foi realizada em uma UBS do município, responsável por atender usuários do bairro e uma parcela da zona rural adjacente. Toda estrutura da UBS foi apresentada pela gerência, atividade seguida por uma conversa com a equipe de Saúde da Família, também composta por uma médica cubana do PMM que atua na unidade.

Verificou-se que a UBS possui boa estrutura física e recursos materiais para atendimento à população, contando inclusive com um consultório odontológico bem instalado. Os espaços são adequados para a realização do acolhimento, triagem, consulta e realização de procedimentos. Já na conversa com a equipe, uma contradição foi detectada ao se constatar que parte do que se afirmou na reunião com a gestão municipal não condizia com a realidade da assistência. Alguns profissionais da UBS relataram a dificuldade por parte da maioria dos usuários em adquirir os medicamentos prescritos, devido à distância entre suas residências e a farmácia central.

Terceiro dia

Nesse momento, houve a abertura de um espaço para participação de viventes e facilitadores em duas reuniões com a comissão de coordenação estadual do PMM no Estado de São Paulo. Os encontros tiveram como foco o planejamento do trabalho no programa e o desenvolvimento do apoio institucional e matricial. Para entender a finalidade das discussões envolvidas naquela oportunidade, é necessário primeiramente saber como são constituídas as comissões estaduais e conhecer o papel desempenhado pelas figuras de tutoria e supervisão do programa.

A partir de uma coordenação ministerial do PMM, composta por três representantes do Ministério da Saúde e outros três do Ministério da Educação, são instituídas as comissões estaduais, formadas por representações do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e instituições supervisoras. Essas comissões têm por incumbência coordenar, orientar e executar as atividades necessárias à efetivação do programa em seu Estado. Para que essa tarefa seja possível, dois agentes são fundamentais: o supervisor (médico responsável pela supervisão contínua do profissional participante) e o tutor acadêmico (docente da área médica responsável pela orientação educacional e pelo planejamento das atividades do supervisor). Ambos os agentes são ligados a instituições públicas de ensino superior, escolas de saúde pública ou entidades privadas participantes do programa⁹.

Durante a reunião, alguns supervisores explicaram que a função desempenhada pelo supervisor perante o médico do programa não é de fiscalização, mas de orientação. Portanto, cumpre a este agente fornecer o devido apoio técnico dentro do planejamento determinado por um tutor e acompanhar o andamento do trabalho desempenhado pelo profissional no município. É de fundamental importância essa proximidade entre instituições de ensino e médicos que atuam no programa. O suporte oferecido permite a melhoria da prestação do serviço e a qualificação do profissional no próprio ambiente de trabalho.

A inserção de ações de educação permanente figura como estratégia importante para pôr fim à oposição existente entre ensino e serviço, visando à melhoria do modelo de Atenção à Saúde da população. Um fator extraordinário de mudança das práticas e do cuidado em saúde pode ser observado na manutenção da proposta de supervisão com o apoio às equipes, de forma multiprofissional e cooperativa. Portanto, o principal desafio nesta matéria seria a manutenção do diálogo sobre os modelos de formação profissional a serem construídos, definindo um padrão de regulação da gestão do trabalho e da educação para o Brasil⁸.

Quarto dia

O quarto dia de vivência ocorreu no município de Limeira, onde foi possível conhecer uma realidade distinta na administração da Saúde Pública. Com aproximadamente 294 mil habitantes e localizado a 143 quilômetros da capital, Limeira é um dos municípios com maior número de profissionais adquiridos via PMM no Estado de São Paulo, possuindo 57 vagas autorizadas para médicos do programa. Na ocasião, o grupo de participantes do VER-SUS foi recepcionado por gestores locais, momento no qual foram ilustradas as dificuldades que a administração municipal vinha enfrentando para fixar médicos nas UBS antes da implementação do PMM. Ainda ressaltou-se que a referida condição perdurou por vários anos, mesmo se tratando de uma cidade dotada de forte atividade econômica, estabelecida na agricultura, indústria e comércio, com um elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O município pretende manter esse contingente de médicos do programa, pois seus gestores acreditam que, sem o programa, não seria possível manter a assistência.

Nesse contexto, cabe destacar os critérios definidos para que um município seja contemplado com profissionais do PMM. Tais critérios são baseados em perfis e delimitados por parâmetros que incluem: porcentagem da população local em situação de extrema pobreza, baixo nível de receita pública

per capita, alta vulnerabilidade social e localização em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena⁵.

Nota-se uma discrepância na proporção de médicos do programa atuando em Limeira quando comparada à de municípios mais pobres. Para esse fato, a explicação dada foi a de que alguns dos municípios inicialmente aderidos ao programa desistiram ou se recusaram a receber profissionais estrangeiros, fazendo com que estes fossem designados para atuar em Limeira, mediante plena concordância da gestão municipal.

Da prefeitura, o grupo foi conduzido pela equipe do programa Saúde Sobre Rodas a um assentamento rural localizado nas imediações de Limeira. Trata-se de uma área de aproximadamente 700 hectares, ocupada por famílias do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Chegando ao local, a recepção foi feita por uma moradora do assentamento, que se prontificou a mostrar as instalações da pequena escola de alfabetização construída pelos assentados, além de contar um pouco a respeito dos problemas de saúde ali enfrentados.

O grupo do VER-SUS também foi autorizado a acompanhar uma visita domiciliar dentro do assentamento. A equipe era composta por uma profissional da área de Enfermagem, uma assistente social, uma agente comunitária de saúde e uma médica do PMM advinda de Cuba. Durante a visita, notava-se certa dificuldade de comunicação entre a médica e o paciente, chegando a ser necessária algumas vezes a mediação de um dos membros da equipe. Essa dificuldade talvez tenha ocorrido não apenas pela linguagem, mas por se tratar de um indivíduo idoso e com certo déficit auditivo. O paciente possuía o diagnóstico de insuficiência venosa, com lesões em membros inferiores. Ele foi devidamente examinado pela médica e recebeu algumas recomendações. A visita se encerrou com orientações sobre os cuidados gerais com a ferida, sem a necessidade da prescrição de um medicamento específico.

Com a implantação do PMM, ganhou força a discussão sobre o provimento de médicos para atuar em zonas rurais e remotas do Brasil. Apesar das divergências envolvidas nesse debate, há o consenso de que a desigualdade de distribuição de médicos nas diferentes regiões do país contribui para a chamada defasagem rural-urbana na oferta de médicos. Para que haja uma estruturação do Sistema de Saúde em áreas rurais, é necessária a formação de profissionais capacitados para atuarem nessas localidades. Tal processo envolve a modificação do ensino médico em seu currículo e a descentralização da formação em Saúde, com medidas que visem facilitar o acesso de estudantes do interior aos cursos. O aprimoramento de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade também é um caminho a ser seguido na capacitação de especialistas resolutivos no manejo dos problemas mais frequentes observados em áreas rurais¹⁰.

Quinto dia

Em um encontro de supervisão locorregional do PMM, realizado em Sorocaba, o grupo do VER-SUS se reuniu com tutores, supervisores e coordenação de residências em Saúde, além de médicos do programa que atuam em municípios da região do Vale do Ribeira no Estado de São Paulo. Na ocasião, foram ministradas palestras e apresentações de protocolos de condutas no pré-natal e doenças sexualmente transmissíveis, voltadas aos profissionais que atuam no PMM. As apresentações tiveram caráter essencialmente técnico, em forma de aulas lecionadas com auxílio de *slides*.

Essa fixação de protocolos de assistência médica, específicos para cada situação clínica, auxilia bastante o profissional no momento de definir sua conduta. Entretanto, nem sempre o que é determinado pelos inúmeros fluxogramas e algoritmos disponibilizados condiz com a real disponibilidade do sistema. Outras vezes, a imposição dessas medidas minimiza a autonomia do profissional em estabelecer seu próprio plano terapêutico, baseado nas evidências que observa diariamente.

Após as apresentações, iniciou-se uma conversa com os apoiadores do programa a respeito do trabalho desenvolvido no suporte educacional fornecido aos médicos que atuam nos municípios do Vale do Ribeira. Essa oportunidade possibilitou ao grupo se aprofundar no conhecimento sobre a forma de atuação de tutores e supervisores no desempenho de suas funções. Contudo, o mais interessante

dessa conversa foi ouvir o relato de alguns supervisores sobre as características de alguns locais de atuação dos médicos do programa, como Cananéia, município do litoral sul paulista com pouco mais de 12 mil habitantes, contendo vilas de pescadores distantes da cidade e que exigiam o deslocamento – que demorava até duas horas – do médico via embarcação para que fosse possível o atendimento às comunidades caiçaras.

As ações de educação permanente são caracterizadas pela integração ensino-serviço e têm por objetivo contribuir, apoiar e orientar o profissional para sua qualificação e melhoria do serviço prestado. As ofertas educacionais são realizadas por instituições públicas de ensino superior que integram a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e por atividades educacionais ofertadas por instituições supervisoras que aderiram ao projeto. Os médicos do programa contam ainda com o apoio clínico e pedagógico da Rede Telessaúde Brasil e com o acesso ilimitado ao Portal Saúde Baseada em Evidências e à Comunidade de Práticas, uma rede colaborativa que permite a esses médicos dialogarem e efetuarem trocas de experiências com profissionais de Saúde de diversas profissões e localidades⁶.

Sexto dia

Nesse dia, foi realizada visita a uma unidade de Saúde mista, localizada na zona norte de São Paulo. Trata-se de um estabelecimento de Saúde composto por uma UBS e por uma unidade de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), instaladas dentro de uma mesma estrutura física. No andar superior, funciona a UBS e no térreo, a AMA. Já na chegada, o grupo do VER-SUS recebeu um convite para conhecer alguns líderes comunitários que participam da organização da assistência local.

Durante a conversa com os líderes comunitários, foi possível verificar o quanto a história de construção e luta pela melhoria do serviço de Saúde se assemelha aos movimentos que levaram à criação do SUS. Os relatos das inúmeras dificuldades enfrentadas no passado e as barreiras ainda existentes, que impedem a melhoria do serviço, deram à conversa o tom de desabafo em alguns momentos. Uma senhora já idosa, integrante desse grupo, acusou o desgaste imposto no decorrer de todo o processo e disse estar desesperançosa com a falta de interesse dos mais jovens em seguir nesta luta.

A participação popular na gestão da Saúde é prevista pela Constituição Federal, que destaca a diretriz de participação da comunidade na construção do SUS, manifestada pela ação dos cidadãos, que participam ativamente da formulação de políticas, intervindo em decisões e orientando a administração pública quanto às melhores medidas a serem adotadas. Suas principais ferramentas são os Conselhos e Conferências de Saúde, espaços destinados ao exercício do chamado controle social sobre a implementação das políticas de Saúde. Embora prevista em lei, a participação social é um processo em permanente construção e que depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos. Portanto, para que a democracia participativa se efetive na prática, é necessário proporcionar condições que permitam à sociedade civil se tornar protagonista nesse processo¹¹.

Sétimo dia

A comissão organizadora definiu para esse último dia de atividades a formulação de componentes teóricos e reflexivos do processo de vivência, com a dinâmica dos conceitos a partir do que foi vivenciado. Para executar a tarefa, viventes e facilitadores definiram uma forma dinâmica de expor livremente suas impressões sobre a vivência. O grupo de estudantes optou pela ideia de construir uma espécie de urna, na qual seriam depositadas respostas às seguintes perguntas: Como vim? Como estive? Como irei? Esse tipo de reflexão (retrospectiva, de estado atual e de perspectiva) permitiu demonstrar a evolução de pensamentos a partir da chamada “imersão” no processo de vivência.

Após ser confeccionada a urna e depositadas as ideias de cada membro, o grupo se dirigiu ao encontro com a comissão organizadora na sede do Nems. Houve um agradecimento inicial a toda comissão pela realização da vivência, seguido pela abertura da urna para a apuração das ideias. Nesse momento, cada organizador pegou para si um papel depositado e o leu em voz alta para os demais. Várias das opiniões colocadas pelos estudantes foram coincidentes e se basearam no ideal de luta pela

melhoria da Saúde Pública no país. O encerramento das atividades se deu com a avaliação da vivência pelos participantes, mediante a troca de percepções e subjetividades.

Considerações finais

O modelo de formação profissional apoiado em vivências e práticas no cotidiano dos serviços proporcionado pelo VER-SUS vai ao encontro do princípio da educação permanente em Saúde, introduzindo espaços e temas que levam à autoanálise e à modificação da realidade. Sua fuga do modelo tradicional de capacitação é baseada na formação de vínculos e sensibilização ao tema, mediante um processo de aprendizagem significativo e de forma participativa, contemplando a horizontalidade na construção do saber. As diferentes realidades apresentadas no processo de vivência englobam as diversidades e especificidades de grupos populacionais existentes no país¹¹.

A abertura dos campos de vivência nessa edição do VER-SUS proporcionou a seus participantes o aprofundamento de conhecimentos sobre a forma de organização do PMM, desde seu projeto inicial até sua efetivação. Percebeu-se, com a articulação do programa com a gestão em Saúde dos municípios, que o desafio maior está na compreensão da realidade local pelos gestores e na capacidade de enfrentamento dos problemas existentes.

Por outro lado, pôde-se constatar durante a experiência que, apesar da ampla dimensão atingida pelo PMM em seu provimento, o Sistema de Saúde brasileiro ainda necessita de reformulações. Tais reformas demandam não apenas recursos humanos, mas também estrutura e organização, pontos fundamentais para que se sustente a qualidade na assistência à Saúde.

Com a vivência, também foi possível verificar que uma das maiores dificuldades a ser superada após o programa será a fixação de médicos nas regiões hoje atendidas pelo PMM. Considerando o aumento do número de profissionais formados em Medicina no Brasil, para a resolução desse problema, a atenção deverá ser voltada à qualidade do ensino médico com ênfase nas reais necessidades do país, modificando o foco do programa da aquisição de mais médicos para melhores médicos.

Instituído em um contexto emergencial motivado pelas condições precárias de acesso à Saúde de considerável parcela da população brasileira, o PMM tem mostrado sua importância ao levar assistência para quem mais necessita. Contudo, ainda há muitos obstáculos a serem superados, sendo que alguns vão além de seu domínio, exigindo a mobilização da sociedade pela melhoria do Sistema de Saúde como um todo.

O processo de imersão desenvolvido no decorrer da vivência permitiu a ampliação de conceitos a partir de ambientes de trabalho, conduzindo a pontos de vista que possibilitaram a compreensão da realidade que envolve o SUS. Desse modo, o VER-SUS novamente se colocou como instrumento de grande valor no auxílio à formação de profissionais capazes de modificar o panorama da Saúde Pública no país.

Colaboradores

Todos os autores participaram ativamente das etapas de produção do manuscrito, sendo que o autor principal foi responsável pela produção do manuscrito e as coautoras participaram ativamente da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Ferla AA, Ramos AS, Leal MB, Carvalho MS. Caderno de textos do VER-SUS/Brasil. Porto Alegre: Rede Unida; 2013.
2. Scheffer M, Cassenote A, Biancarelli A. Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: CFM; 2013.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas de maior vulnerabilidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
5. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):623-34.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
7. Ferla AA, Dall'Alba R, Andres B, Leal MB, Barnart F, Assimos R, et al. Vivências e estágios na realidade do SUS: educação permanente em saúde e aprendizagem de uma saúde que requer integralidade e trabalho em redes colaborativas. RECIIS (Rio de Janeiro). 2013; 7(4):32-43.
8. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos. Interface (Botucatu). 2013; 17(47):913-26.
9. Portaria interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União. 8 Jul 2013.
10. Duncan MS, Targa LV. Médicos para atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas. RBMFC (Rio de Janeiro). 2014; 9(32):233-34.
11. Rolim LB, Cruz RS, Sampaio KJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde em Debate (Rio de Janeiro). 2013; 37(96):139-47.

Desde 2003, o Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) tem dado oportunidade a universitários de vivenciar a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Com essa finalidade, surge a vivência em questão, ocorrida no âmbito do Programa Mais Médicos, envolvendo sua organização na realidade do Sistema de Saúde brasileiro. Para isso, um grupo composto por estudantes de várias áreas da Saúde esteve por sete dias em ambientes de planejamento e execução do programa no Estado de São Paulo. As atividades realizadas incluíram participação em reuniões, visita a unidades de Saúde, avaliação sobre a implementação do programa e espaços para debate. Assim, relata-se a experiência sob a perspectiva de um acadêmico que participou da vivência, em uma narrativa cronológica e reflexiva, com fundamentações teóricas inseridas no contexto de cada questão abordada.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. SUS. VER-SUS.

Immersion in reality: the Brazilian National Health System and the organization of the More Doctors Program in São Paulo, Brazil

Since 2003, the program Experiences and Internships in the Reality of the the Brazilian National Health System (VER-SUS) has given university students the opportunity to experience the reality of the SUS. These experiences are part of the More Doctors Program framework, involving its organization in the reality of the Brazilian healthcare system. A group of students from several health areas spent seven days at planning and implementation meetings for the program in the state of São Paulo. The activities carried out included participation in meetings, tours to healthcare units, assessment of program implementation, and spaces for discussion. This paper is a report on the experience from the perspective of a student who participated in the experience, by means of a chronological and reflective narrative and theoretical grounds within the context of each issue raised.

Keywords: More Doctors Program. SUS. VER-SUS.

Inmersión en la realidad: el Sistema Brasileño de Salud y la organización del Programa Más Médicos en São Paulo, Brasil

Desde 2003, el VER-SUS ha proporcionado a universitarios la oportunidad de vivir la realidad del Sistema Brasileño de Salud. Con esta finalidad, surge la experiencia en cuestión, ocurrida en el ámbito del Programa Más Médicos, envolviendo a su organización en la realidad del sistema de salud brasileño. Para tanto, un grupo formado por estudiantes de varias áreas de la salud estuvo durante siete días en ambientes de planificación y realización del programa en el Estado de São Paulo. Las actividades realizadas incluyeron participación en reuniones, visita a unidades de salud, evaluación sobre la implementación del programa y espacios para debate. De esa forma, se relata la experiencia bajo la perspectiva de un académico que participó de la vivencia, en una narrativa cronológica y reflexiva con fundamentaciones teóricas inseridas en el contexto de cada cuestión abordada.

Palabras clave: Programa Más Médicos. SUS. VER-SUS.

Submetido em 04/04/2016. Aprovado em 22/05/2017.

Ampliação do acesso e mudança de modelo: experiência a partir do Programa Mais Médicos

Álex Moreira Herval^(a)
Elisa Toffoli Rodrigues^(b)

Introdução

A universalização do acesso à saúde, fruto do Movimento da Reforma Sanitária, ainda que represente um desejo popular, também é um desafio para gestores. A cronicidade dessa problemática ganhou maior visibilidade a partir da insatisfação dos brasileiros que foram às ruas nas manifestações populares de 2013 e da campanha "Cadê o médico?", elaborada no mesmo ano pela Frente Nacional dos Prefeitos do Brasil, que reivindicava apoio do Governo Federal na contratação de médicos estrangeiros^{1,2}.

Em resposta a essas demandas, o Governo Federal lançou, ainda naquele ano, o Programa Mais Médicos. Esse programa agrega um conjunto de medidas que visa combater as desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde³. Para isso, ele conta com três eixos de ação: melhoria da infraestrutura da rede de Saúde; ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em Medicina e residência médica; e provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis⁴⁻⁶.

Apesar de o Programa Mais Médicos atuar na melhoria qualitativa e quantitativa tanto da formação médica (graduação e residência) quanto da estrutura de rede, apenas o provimento imediato de médicos com contratação temporária de profissionais estrangeiros tem ganhado visibilidade pública, suscitando controvérsias¹. Diante disso, o presente artigo busca apresentar e analisar a experiência do município de Uberlândia (MG) frente ao provimento emergencial de profissionais médicos proporcionado pelo Programa Mais Médicos.

Metodologia

Neste artigo, é apresentada a experiência do município de Uberlândia com o Programa Mais Médicos. O município localiza-se na região Sudeste, estado de Minas Gerais, a aproximadamente 556km de distância de Belo Horizonte (capital do Estado) e com uma população estimada de 662.362 habitantes (estimativa para o ano de 2015 do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS). A concentração de médicos, calculada no ano de 2014, equivalia a 2,15 profissionais para cada 1.000 habitantes⁷.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627. Pampulha. Belo Horizonte, MG, Brasil. 38400-902. alexherval@ufmg.br
^(b) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil. elisa.toffoli@ufu.br

Como fonte de dados secundários, foram utilizados sistemas de informação do Ministério da Saúde: DATASUS, Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (Sage) e Sistema de Gestão de Programa (SGP).

A experiência do município de Uberlândia com o provimento de médicos iniciou com a adesão ao Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab) ainda nos primeiros ciclos do programa. Visando ampliar o acesso da população à Atenção Básica e impulsionar a transição para o modelo de atenção norteado pela Estratégia Saúde da Família, o município aderiu, no ano de 2014, à estratégia do provimento emergencial do Programa Mais Médicos.

Destaca-se que, a partir do ano de 2015, o Provab foi incorporado ao Programa Mais Médicos, possibilitando que os profissionais permanecessem no município por mais três anos. A distribuição dos profissionais médicos, segundo a forma de ingresso no Programa Mais Médicos, está disposta no Gráfico 1. No ano de 2015, um dos médicos cooperados cubanos que deixou o programa foi substituído por um médico brasileiro formado em Cuba.

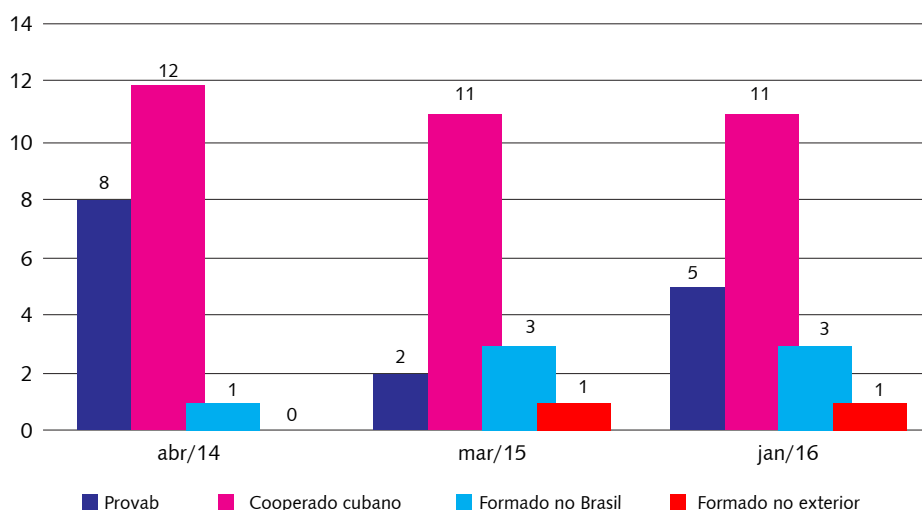


Gráfico 1. Distribuição dos profissionais do Programa Mais Médicos segundo a forma de ingresso no programa nos anos de 2014, 2015 e 2016

Fontes: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde e Sistema de Gerenciamento de Programas.

A adesão do município ao Programa Mais Médicos contribuiu com o Plano Municipal de Saúde (2014-2017), que tem como um de seus objetivos o aumento significativo da cobertura de Atenção Básica, priorizando o modelo de Saúde da Família. Segundo dados do Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o volume de equipes de Saúde da Família saltou de 49 equipes em outubro de 2013 para 72 equipes no fim de 2014, um aumento de 46,93%.

Do total de 23 equipes criadas, 12 foram constituídas com médicos cubanos. Os cubanos foram distribuídos da seguinte forma: uma equipe itinerante que atende parte da zona rural do município; três equipes de Saúde da Família urbanas criadas para redividir as áreas de abrangência de equipes com elevado número de cidadãos vinculados; e oito equipes de Saúde da Família criadas dentro de Unidades Básicas de Saúde (UBSs) tradicionais visando iniciar a mudança no modelo de Atenção em Saúde.

Este artigo analisa a experiência com esses 12 profissionais cubanos e com os demais profissionais vinculados ao Programa Mais Médicos (ou seja, profissionais vinculados ao Provac, tanto formados no Brasil quanto formados no exterior). Contudo, ressalva-se que a estratégia de mudança do modelo de atenção, ocorrido no âmbito das UBSs, foi conduzida apenas por profissionais cubanos.

Sustentabilidade da universalização da Atenção Básica

Ao contrário do que acontece nos serviços de média e alta complexidade, a expansão dos serviços básicos de Saúde depende de um maior volume de investimentos na contratação de recursos humanos do que na aquisição de equipamentos. Isso se dá em decorrência da Atenção Básica exigir um maior volume de médicos por equipamento, em comparação aos serviços médicos especializados⁸.

A oportunidade de aderir ao Programa Mais Médicos foi essencial para que o município conseguisse expandir de forma significativa os serviços da Atenção Básica, buscando recuperar parte do atraso temporal na expansão das equipes de Saúde da Família. Como mostrado no gráfico 2, Uberlândia manteve sua cobertura de equipes de Saúde da Família em um patamar bem inferior às coberturas estadual e nacional. Contudo, no ano de 2014, quando são iniciadas as atividades dos médicos intercambistas no Brasil, o crescimento da cobertura populacional pelas equipes de Saúde da Família, no município, mostrou-se mais expressiva do que as outras medidas apresentadas.

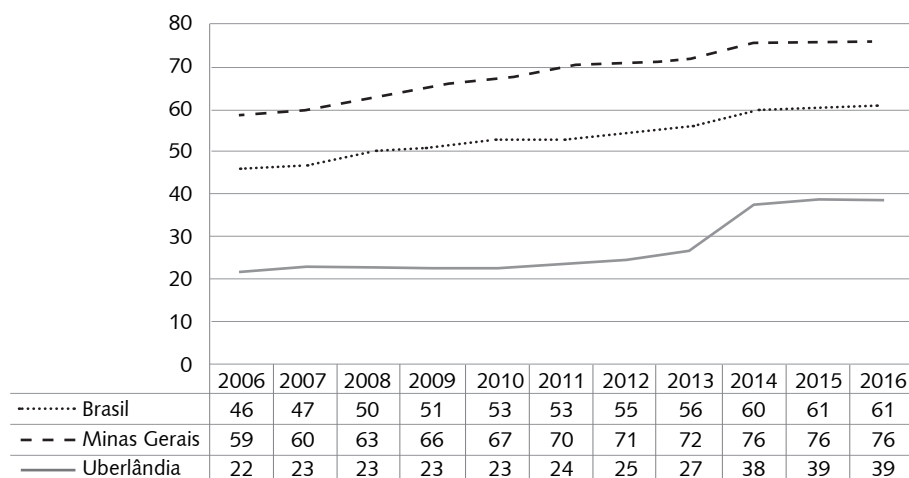


Gráfico 2. Comparativo da cobertura de equipes de Saúde da Família entre os anos 2006 a 2016 para o município de Uberlândia, o estado de Minas Gerais e a União.

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde

Um dos diferenciais do Programa Mais Médicos, quando comparado às experiências anteriores, é a contratação dos médicos sob responsabilidade do Ministério da Saúde, desonerando o município⁴. Por essa perspectiva, cabe destacar a importância dos médicos contratados pela União na expansão da Atenção Básica em um momento de crise econômica, quando houve uma importante redução das receitas do município, dificultando, entre outras coisas, o pagamento dos trabalhadores dos serviços públicos.

Mesmo sem a particularidade econômica do momento, Campos⁹ percebe, observando o Programa Mais Médicos, que os municípios brasileiros enfrentam importantes dificuldades para implementar e gerenciar redes de Atenção Básica. Para o autor, atingir uma cobertura igual ou superior a 80% da população é impossível sem o auxílio direto do Ministério da Saúde.

Somando-se a essa discussão, Rovere¹⁰ afirma que a experiência com o Programa Mais Médicos ajuda a compreender a dificuldade que os países capitalistas enfrentam para garantir a cobertura territorial e descentralização da Medicina. Esse fenômeno tem acarretado um abandono de regiões periféricas e rurais por parte desses profissionais.

Programa Mais Médicos e o modelo de Atenção em Saúde

O envelhecimento populacional e as mudanças no perfil epidemiológico têm exigido dos sistemas de saúde o redesenho de seu modelo de atenção com foco na Atenção Básica¹. Nesse contexto, a Saúde da Família tem sido considerada a estratégia prioritária para expansão e consolidação desses serviços.

Para Rodrigues et al.¹¹, a Estratégia Saúde da Família representa uma ruptura com as práticas tradicionais desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pois atua com processos de trabalho baseados nas necessidades das populações. Nessa perspectiva, uma das estratégias adotadas pelo município de Uberlândia foi a criação de equipes de Saúde da Família junto com as UBS, nas quais são desenvolvidas Atenção em Saúde com processos de trabalho fragilizados e uniprofissionais, com pouco conhecimento do território e com atenção médica fragmentada entre clínicos gerais, pediatras e ginecologistas. Tal estratégia buscou iniciar a conversão desse modelo para a Estratégia Saúde da Família.

Assim, em 2014, de um total de nove Unidades de Atenção Básica pautadas unicamente no modelo tradicional, oito receberam equipes de Saúde da Família compostas por médicos cubanos. Essas equipes de saúde ampliaram e qualificaram atividades já desenvolvidas pelas UBS tradicionais em função do diagnóstico da população, permitindo: 1) que a visita domiciliar deixasse de ser por demanda da família e incorporasse todos os pacientes acamados, restritos ao lar e com condições de saúde eventuais (pós-operatório e puerpério, por exemplo); 2) que a busca ativa, antes realizada apenas por telefone e para consultas atrasadas, fosse ampliada para cidadãos que desconheciam o trabalho desenvolvido na UBS até então; e 3) o aumento do volume de atividades de Educação em Saúde.

Além disso, a inserção de equipes de Saúde da Família nas UBS tradicionais possibilitou a implementação de novos processos de trabalho, tais como o cadastramento da população adscrita e confecção de "mapa inteligente"; a classificação de risco de crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos e idosos; a reunião de equipe semanal com horário protegido; a organização da agenda médica baseada no diagnóstico da população, permitindo a livre demanda; e a inserção do acolhimento e da consulta de Enfermagem (pré-natal, puericultura e condições crônicas).

Essa estratégia enfrentou resistência da população e dos gerentes das UBS. Por parte dos gerentes, o novo modelo de contato com a população e organização do processo de trabalho causou estranhamento. A nova proposta exigiu uma reorganização das agendas de trabalho e dos fluxos da unidade, desde a recepção e o acolhimento até o encaminhamento interno do usuário, configurando-se em desafio permanente para os gerentes e que ainda enfrenta resistências na atualidade. Por parte da população, os profissionais cubanos inseridos nas UBS tradicionais substituíram a Atenção em Saúde prestada pelos clínicos gerais, mas, em relação aos cuidados em saúde da criança ou da mulher, grande parte da população solicitava o atendimento por especialistas em Pediatria e Ginecologia. Compreende-se que esse problema decorre da cultura da valorização da subdivisão do trabalho médico, com a fragmentação do cuidado. Nessa ótica, percebe-se o desconhecimento da população em relação ao trabalho do médico de Família e Comunidade e a sua capacidade de atuar sobre princípios fundantes da Atenção Básica como a longitudinalidade, a integralidade do cuidado, a atuação em problemas mais comuns da população e desenvolvimento de vínculos com a população adscrita¹².

Diante das diferentes barreiras enfrentadas para a gestão do trabalho em uma UBS, onde conviviam dois modelos de Atenção Básica, e considerando a impossibilidade orçamentária de continuar a

expansão da Saúde da Família, no fim de 2015, três equipes de Saúde da Família compostas por profissionais cubanos que compartilhavam o espaço da UBS tradicional foram transferidas para uma nova UBS com capacidade para abrigar as três equipes de Saúde da Família.

Apesar de inicialmente parecer uma falha na manutenção da mudança do modelo, o diálogo com conselheiros locais de saúde e com representantes do bairro, realizado pela gestão da Atenção Básica e gerentes das UBS tradicionais, evidenciou a conquista da população por meio de alguns processos de trabalho da Saúde da Família, resultando em questionamentos relativos a manutenção do cadastramento e visitas domiciliares pelo agente comunitário de Saúde; atenção domiciliar aos acamados; e busca ativa e organização da atenção a pacientes em cuidado continuado.

Percebeu-se também, como pontos positivos da estratégia de mudança de modelo, o estreitamento da relação da população com os profissionais de Saúde, por meio do cadastramento, do acolhimento, da busca ativa, da visita domiciliar e das atividades educativas, estas desenvolvidas na UBS ou em outros espaços da comunidade. Na mesma lógica, os gerentes das UBS perceberam a potencialidade do trabalho pautado no diagnóstico da comunidade. Essa percepção foi aferida ao discutir com os gerentes das UBS os resultados da autoavaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), momento que evidenciou de que forma o diagnóstico populacional realizado pela equipe de Saúde da Família contribuía com os demais processos de trabalho, quando comparado ao restante do território coberto pela UBS tradicional.

De fato, os resultados percebidos pelo município vão ao encontro das percepções de Molina et al.⁵, que apontam para a contribuição da reorientação do modelo de atenção promovida pelo Programa Mais Médicos. Para os autores, os médicos oriundos do programa aproximam-se da comunidade ao transformarem um modelo de atenção passivo – puramente clínico e de atendimento predominante a eventos agudos – em um modelo de Atenção em Saúde continuado voltado às pessoas, às famílias e à comunidade. Além disso, a participação desses profissionais nas equipes de Saúde da Família permite a adoção de um modelo de atenção baseado na promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento das principais demandas do território¹.

Ao qualificar a capacidade de resposta e a integralidade da Atenção Básica por meio de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde, o Programa Mais Médicos assume o potencial de fortalecer as Redes de Atenção à Saúde⁵. Acredita-se que o potencial de mudança do modelo de atenção e fortalecimento da rede ficou prejudicado, também, pela baixa cobertura de Saúde da Família que o município ainda vivencia, mesmo com a expansão promovida pelo programa.

Atração e fixação do profissional como desafio do SUS

Um dos grandes problemas enfrentados pelo SUS é a atração e fixação de profissionais, principalmente em áreas carentes e interioranas¹¹. Para Scheffer¹³, essas áreas somam problemas como baixos indicadores sociais, condições inadequadas de trabalho com cargas horárias excessivas e má remuneração.

Visando à solução da distribuição de profissionais de Saúde pelo território nacional, desde a segunda metade do século XX, houve iniciativas de distribuição e fixação de médicos para regiões carentes desses profissionais, sendo uma das estratégias mais recentes o Provab. Entretanto, nenhuma dessas estratégias supriu as necessidades locais ou regionais⁴. Assim, o Programa Mais Médicos, ao incorporar o Provab, buscou resolver a problemática da distribuição de profissionais por meio da regulação da profissão médica¹¹. Ressalta-se que, ao unificar nacionalmente o valor da bolsa e investir na estrutura das unidades de Saúde, o Programa Mais Médicos interveio em alguns problemas apontados por Scheffer¹³.

Apesar de melhorar a distribuição de médicos e incluir atrativos à permanência do profissional, o município de Uberlândia tem sofrido com a evasão desses profissionais, em especial dos recém-formados, uma vez que esses costumam iniciar suas atividades e, entre outros fatores, desligam-se do programa por conseguirem outras oportunidades; por exemplo, o ingresso em programas de residência médica. Há de se pontuar, ainda, a evasão também dos profissionais cubanos: do total de 12 médicos recebidos pelo município, três abandonaram o programa.

A partir da evasão, outro problema deriva: a reposição do profissional é demorada, o que impacta no acesso da população à atenção médica e à continuidade dos cuidados iniciados. Isso fragiliza o potencial do Programa Mais Médicos em fortalecer a Atenção Básica como porta de entrada preferencial do Sistema de Saúde que, segundo Molina et al.⁵, ocorre por meio da presença constante do profissional médico e do estabelecimento de um cuidado à população ao longo do tempo.

Rodrigues et al.¹¹ e Scheffer¹³ destacam que a não fixação dos médicos se dá pela precariedade dos municípios. Entretanto, esse fator não incide sobre município de Uberlândia, uma vez que esse apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,789, considerado alto. Outro argumento utilizado por Scheffer¹³ para a não fixação do profissional é a baixa remuneração, porém, o pagamento no âmbito do Programa Mais Médicos é unificado.

Em concordância com o observado no município, o estudo realizado por Campos e Malik¹⁴ apontou que, nos grandes centros urbanos, o salário atrai o profissional, mas não o fixa. Os autores destacam que a satisfação do profissional apresenta uma importante correlação com a rotatividade médica, sendo importante considerar fatores como a distância da unidade de saúde e a falta de capacitações, além da disponibilidade de materiais para realizar o trabalho.

Em relação às características regionais da rotatividade médica, o estudo desenvolvido por Pierantoni et al.¹⁵ apontou que as regiões Sul e Sudeste apresentam maior valor absoluto de rotatividade de médicos, com a região Sudeste apresentando a maior média de rotatividade (62% dos profissionais). Além disso, os autores apontam que o IDH dessa mesma região não apresentou relação com a rotatividade. Observa-se, portanto, que a rotatividade ou evasão do profissional médico é um problema multifacetado e que pode exigir novas articulações ou estratégias no âmbito do Programa Mais Médicos.

Considerações finais

O Programa Mais Médicos representou um importante aliado na expansão dos serviços de Atenção Básica e na mudança do modelo de Atenção em Saúde, apesar de encontrar dificuldades para consolidar esse segundo desafio.

No que se refere à expansão dos serviços de Saúde e à regulação dos recursos humanos na área da Saúde, o Programa Mais Médicos tem mostrado a necessidade de que a contratação de recursos humanos esteja ligada ao Ministério da Saúde, considerando especialmente as barreiras orçamentárias e a impossibilidade dos municípios de atrair e fixar profissionais de Saúde. Dessa forma, a sustentabilidade da cobertura universal dos serviços de saúde, com a distribuição e fixação de profissionais de saúde em todas as regiões do país, parece depender da criação da carreira nacional dos profissionais de saúde do SUS.

Quanto ao modelo de Atenção em Saúde na Atenção Básica, o Programa Mais Médicos configurou-se como um importante impulsionador de mudanças: o programa proporciona a oferta de profissionais capacitados para atuar diante dos determinantes sociais da Saúde e a criação de cursos de especialização em Atenção Básica aos profissionais ligados ao programa. Dessa forma, as dificuldades enfrentadas pelo município estiveram norteadas pela estratégia utilizada – a busca pela coexistência de dois modelos de atenção em uma mesma estrutura física – e pela baixa cobertura de Saúde da Família – inferior ao padrão estadual ou nacional.

Colaboradores

Álex Moreira Herval participou ativamente da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho. Elisa Toffoli Rodrigues participou ativamente da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Mais Médicos Program: an effective action to reduce health inequities in Brazil. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(11):3547-52.
2. Carvalho MS, Sousa MF. How has Brazil dealt with the topic of provision of physicians? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):913-26.
3. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM. The Program More Doctors and training in and for the NHS: why the change? *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1):5-10.
4. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. "Mais Médicos": a Brazilian program in an international perspective. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.
5. Molina J, Suárez J, Cannon LRC, Oliveira G, Fortunato MA. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Divulg Saude Debate*. 2014; (52):190-201.
6. Pinto HÁ, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate*. 2014; (51):105-20.
7. Scheffer M, Cassenote AJF, Biancarelli A. Demografia Médica no Brasil 2015 [relatório]. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2015.
8. Garcia B, Rosa L, Tavares R. Projeto Mais Médicos para o Brasil: apresentação do Programa e Evidências Acerca de Seu Sucesso. *Inf Fipe*. 2014; (402):26-36.
9. Campos GWS. More doctors and the built of a personnel policy for the Primary Care in the Brazilian National Health System (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):641-2.
10. Rovere MR. The More Doctors Program: a further analysis from the perspective of international health. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):635-6.
11. Rodrigues PHA, Ney MS, Paiva CHA, Souza LMBM. Regulation of medical labor in Brazil: impacts on Family Health Care Strategy. *Physis*. 2013; 23(4):1147-66.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Scheffer M. More Doctors Program: in search of satisfying answers. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):637-40.
14. Campos CVA, Malik AM. Job satisfaction and physician turnover in the Family Health Program. *Rev Adm Publica*. 2008; 42(2):347-68.
15. Pierantoni CR, Vianna CMM, França T, Magnago C, Rodrigues MPS. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saude Debate*. 2015; 39(106):637-47.

Em resposta às demandas da população e de prefeitos municipais por ampliação do acesso à atenção médica, o Governo Federal lançou no ano de 2013 o Programa Mais Médicos. Entre outros objetivos estruturantes, esse programa promoveu a provisão emergencial de médicos. Este artigo, ao apresentar a experiência de um município com o atendimento dessa demanda emergente de médicos, discute a sustentabilidade da expansão da cobertura de Atenção Básica e o provimento de médicos para esses serviços; as potencialidades do programa para induzir a mudança no modelo de atenção em saúde; e os fatores habitualmente ligados à atração e à fixação de profissionais de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Políticas públicas de Saúde. Programas governamentais.

Increasing healthcare access and changing the model: an experience with the More Doctors Program

In order to meet demands from the population and from mayors that access to primary care be increased, the Brazilian Federal Government launched the More Doctors Program in 2013. Among other structuring objectives, this program promoted emergency provision of physicians. By presenting the experience of a municipality for which this demand was met, this paper discusses the sustainability of increases in primary care coverage and the assignment of physicians to these services, and the potential of the program to introduce changes in the healthcare model, and the factors usually associated with the recruitment and settlement of health professionals.

Keywords: Primary Health Care. Family Health. Public health policies. Government programs.

Ampliación del acceso y cambio de modelo: experiencia a partir del Programa Más Médicos

En respuesta a las demandas de la población y de los alcaldes municipales por la ampliación del acceso a la atención médica, el Gobierno Federal en Brasil lanzó en 2013 el Programa Más Médicos. Entre otros objetivos estructurantes, ese programa promovió la provisión en régimen de emergencia de médicos. Este artículo, al presentar la experiencia de un municipio con la atención de esa demanda de médicos discute: la sostenibilidad de la expansión de la cobertura de la Atención Básica y la provisión de médicos para esos servicios, las potencialidades del programa para inducir el cambio en el modelo de atención en salud y los factores vinculados habitualmente a la atracción y a la fijación en el área de profesionales de salud.

Palabras clave: Atención Primaria a la Salud. Salud de la Familia. Políticas públicas de salud. Programas gubernamentales.

Submetido em 04/06/2016. Aprovado em 12/06/2017.

A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos:

desafios e potencialidades

Lucas Pereira de Melo^(a)
 Marcelo dos Santos^(b)
 Rafael Barros Gomes da Câmara^(c)
 Liliane Pereira Braga^(d)
 Ana Luiza de Oliveira e Oliveira^(e)

Introdução

De acordo com a Constituição Federal do Brasil, no Art. 200, § 3, compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”¹. O presente artigo aborda os desdobramentos históricos, políticos e institucionais no campo da formação profissional em saúde que decorrem da Constituição Federal e de legislações posteriores.

No Brasil, desde os anos 1970, tem-se indicado a necessidade de reformulações e mudanças no modelo de formação médica, o que ganhou mais força com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS. O que se aponta é a inadequação da formação médica às realidades do SUS e às necessidades de saúde do povo brasileiro. Assim, tornou-se imprescindível adotar medidas voltadas para a formação do profissional médico, por meio da viabilização de mudanças na graduação que atendam aos interesses elencados pelo novo modelo brasileiro de atenção à saúde brasileiro, fundamentado nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS)².

Entre essas medidas, faz-se necessário citar o Programa Mais Médicos (PMM), lançado em 2013 e considerado o ponto alto das políticas indutoras de reorientação da formação médica e da distribuição de médicos no território nacional. O PMM tem como objetivos: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, aprimorar a formação médica no país, e proporcionar maior experiência no SUS durante o processo de formação médica. O Programa está estruturado em três eixos: 1) provimento emergencial; 2) investimento na infraestrutura da rede de serviços básicos de saúde; e 3) formação médica^{3,4}. As experiências institucionais e curriculares relatadas neste artigo decorrem das ações e estratégias do Governo Federal inseridas neste último eixo.

Como meta do PMM, está prevista a criação, até 2017, de 11,5 mil vagas de graduação em medicina, sobretudo no interior do país, e 12,4 mil vagas de residência médica para formação de especialistas, até 2018. Diante da meta nacional do PMM, de aumentar a razão médico por mil habitantes de 1,8 para 2,7 até o ano de 2026, as regiões Norte e Nordeste são prioritárias, devido a pouca oferta de vagas e a razão de 1,08 e 1,32 médico/1.000 habitantes,

Tiago Rocha Pinto^(f)
 Pâmara Medeiros da
 Costa^(g)
 George Dantas de
 Azevedo^(h)

^(a,b,c,d,e,f,g,h) Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Avenida Dr. Carlindo de Souza Dantas, 540, 2º andar, sala 204. Centro. Caicó, RN, Brasil. 59300-000.
 lpmelo@ufrnet.br;
 msantos_bio@yahoo.com.br;
 rafael_bgc@yahoo.com.br;
 lilibraga@gmail.com;
 aluloli@gmail.com;
 tiagorp@emcm.ufrn.br;
 pameramedeiros@yahoo.com.br;
 georgedantas.faimer@gmail.com

respectivamente. Além disso, mais de 70% dos profissionais médicos, em ambas as regiões, atuam em capitais e grandes centros⁵.

A necessidade de formação e fixação de médicos no interior do Brasil coaduna-se com o processo, em curso, de interiorização dos *campi* das Universidades Federais. Nesse contexto, a UFRN tem se destacado pela sua presença no interior do estado e efetiva colaboração no processo de desenvolvimento estadual, regional e nacional. Sendo assim, UFRN implantou o curso de Medicina Multicampi, envolvendo os *campi* de Santa Cruz, Currais Novos e Caicó (sede administrativa do curso), cujas atividades acadêmicas tiveram início em 25 de julho de 2014^(h).

No bojo das transformações no campo da educação médica³ e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em Medicina⁶, o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Medicina Multicampi da UFRN coaduna-se com um conjunto de novas experiências político-pedagógicas em curso no Brasil, sobretudo aquelas impulsionadas pelo PMM. Portanto, o PPC do curso de Medicina Multicampi está fundamentado no uso de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem e no ensino baseado na comunidade, proporcionando a inserção do estudante na APS desde os anos iniciais do curso.

Nesse sentido, o objetivo deste artigo é relatar a experiência institucional e curricular de implantação da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte (EMCM), da UFRN, como forma de documentar, monitorar e refletir sobre o desenvolvimento das ações de expansão de vagas e criação de novos cursos de Medicina em universidades federais, no âmbito do Programa Mais Médicos (PMM), do Governo Federal. Para lograr seu objetivo, o texto está organizado de maneira a destacar as atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas no âmbito da EMCM-UFRN, além de apresentar uma visão geral de seu PPC e das ações integradas ensino-serviço- comunidade.

Do ponto de vista metodológico, trata-se de um relato de experiência construído a partir do ponto de vista de um grupo de docentes da EMCM-UFRN. Nessa perspectiva, são elencados os principais aspectos que, para esses docentes, tiveram relevo em suas experiências profissionais e institucionais.

Projeto pedagógico: processo de implantação

O processo de implantação do curso de Medicina da EMCM-UFRN teve início em 2012, com a criação da Comissão de Implantação do curso, com a participação de docentes do curso de Medicina do *campus* central e do Departamento de Educação do *campus* de Caicó. Presidida pela então vice-reitora, Maria de Fátima Freire de Melo Ximenes, o papel dessa comissão foi fundamental, na medida em que permitiu a associação das *expertises* de seus integrantes às experiências inovadoras em educação médica, sobretudo em áreas rurais e/ou remotas.

O trabalho da comissão de Implantação contou, ainda, com a realização de diversas audiências públicas realizadas nos municípios das regiões (Trairí e Seridó) do estado, onde o curso estaria inserido. Nessas audiências, participaram representantes: da UFRN, dos movimentos sociais, dos gestores municipais e estaduais, dos conselhos e órgãos de classe e da comunidade em geral. Como resultado, pode-se coconstruir um projeto pedagógico mais sensível às realidades locais e às necessidades de saúde da população. Exemplo disso foi a inclusão de módulos como: "Saúde e Ambiente", que aborda aspectos da saúde ambiental, da saúde do trabalhador e da medicina rural; e "Vivência Integrada na Comunidade", que possibilita a inserção do estudante longitudinalmente nos sistemas locais de saúde dos municípios da região.

^(h)Com base na Portaria MEC/SESU nº 109, de 05 de junho de 2012, que dispõe sobre a expansão de vagas em cursos de medicina já existentes e a criação de novos cursos em Universidades Federais.

Além disso, as audiências públicas foram espaços de reivindicação da comunidade, no sentido de garantirem o acesso de estudantes da região ao curso. Diante disso, a UFRN criou, com base na literatura internacional⁷⁻⁹, a Resolução nº 177/2013-CONSEPE, instituindo a política de ação afirmativa “Argumento de Inclusão Regional” (AIR). O AIR visa estimular o acesso à universidade para os estudantes de cidades do interior que residem no entorno dos locais de oferta dos cursos da UFRN. O AIR é utilizado no Sistema de Seleção Unificada (SiSU) mediante um acréscimo de 20% na nota do candidato. Têm direito ao AIR os candidatos que tiverem concluído o ensino fundamental (9º ano) e cursado todo o ensino médio em escolas regulares e presenciais das microrregiões onde se localizam as cidades com *campus* da UFRN, no interior do estado (excluída a região metropolitana de Natal) ou em todas as microrregiões vizinhas, de acordo com a definição do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰.

No contexto do curso de Medicina da EMCM-UFRN, o AIR é, também, uma estratégia para incentivar a fixação dos egressos na região, notadamente em suas cidades de origem, contribuindo para o alcance de metas previstas no PMM⁹. A partir da implementação dessa política, atualmente 67,5% dos alunos do curso são oriundos de municípios do sertão potiguar e paraibano.

Outrossim, o processo de seleção dos professores tem privilegiado a composição de um corpo docente multiprofissional, com vista a garantir o planejamento de atividades orientadas pelos conceitos de interprofissionalidade e interdisciplinaridade. Tem-se estimulado a participação de profissionais da saúde da região, sobretudo médicos, nos concursos públicos para professores do curso. Tal estímulo se deve à dificuldade de permanência de docentes que residem na capital do estado (situada a 280 km de Caicó) no curso, o que implica viagens prolongadas, além de uma remuneração pouco atrativa para médicos. Apesar desses desafios, em abril de 2016, a EMCM-UFRN contava com 33 docentes, sendo 27 efetivos e seis temporários/substitutos, correspondendo a: 19 médicos, dois enfermeiros, dois biólogos, dois biomédicos, três psicólogos, dois fisioterapeutas, dois farmacêuticos e uma médica veterinária.

Ao lado dessas ações, a formação e o desenvolvimento docente têm marcado o processo de implantação do curso. Desde a posse dos primeiros docentes até os dias atuais, têm sido realizados cursos e oficinas sobre metodologias ativas de aprendizagem, integração ensino-serviço-comunidade (IESC), avaliação do estudante e currículo integrado. Além disso, foram realizadas visitas técnicas a universidades brasileiras, norte-americanas e europeias que utilizam aprendizagem baseada em problemas (ABP) e outras metodologias centradas no estudante, com o objetivo de conhecer e trocar experiências exitosas e identificar potencialidades, desafios e limitações no planejamento.

Ademais, foram disponibilizadas vagas no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde para professores da EMCM-UFRN que ainda não tinham cursos de pós-graduação *stricto sensu*. O mestrado tem contribuído fortemente para a qualificação do corpo docente, facilitando a apropriação de abordagens pedagógicas e a titulação de toda a equipe, sobretudo dos docentes médicos.

Conforme será descrito adiante, o PPC do curso de medicina da EMCM-UFRN está construído com base no está construído com base no desenvolvimento de competências, e tem como eixos pedagógicos estruturantes: o Ensino Tutorial, as Habilidades Clínicas, Morfofuncionais e de Comunicação e a IESC, em consonância com as DCNs para os cursos de graduação em Medicina⁶.

Ensino

Ensino na graduação

A estrutura curricular do curso está dividida em duas fases sequenciais. A primeira delas se refere aos Fundamentos da Prática Clínica (FPC), que acontece nos eixos de ensino tutorial, ensino de habilidades e ensino na comunidade, e inclui 31 módulos interdisciplinares nos quatro primeiros anos do curso. A segunda fase refere-se ao Internato Médico (IM), que compreende os dois últimos anos da graduação.

As atividades realizadas nos módulos são distribuídas semanalmente, de acordo com uma semana padrão que inclui espaços para os três eixos pedagógicos do PPC e os horários de estudo autodirigido requeridos pela ABP (Quadro 1).

Quadro 1. Modelo de semana padrão. Escola Multicampi de Ciências Médicas, UFRN, 2016

Turnos	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
manhã	Sessão Tutorial	IESC		Sessão Tutorial	Conferências
tarde		Habilidades			

* Os períodos em branco correspondem aos horários de estudo autodirigido. Esses horários não computam carga horária para o discente. Nesses períodos também são oferecidos componentes curriculares optativos.

O Ensino Tutorial visa ao desenvolvimento cognitivo dos estudantes, fazendo com que os mesmos conheçam, descrevam e compreendam os fundamentos teóricos esperados na formação médica. As sessões tutoriais acontecem em grupos de oito estudantes conduzidos por um tutor, tem duração de quatro horas cada (duas horas para abertura do problema e duas para o fechamento) e adota a ABP como metodologia pedagógica¹¹. De maneira complementar às sessões tutoriais, são realizadas conferências semanais a fim de se aprofundarem os temas abordados em cada sessão ou temas adicionais relacionados aos problemas. Nas conferências, são utilizadas estratégias didáticas, como: aulas expositivas, *team-based learning* (TBL), seminários, mesas-redondas e *flipped classroom*.

A avaliação do desempenho cognitivo do estudante é realizada por meio de atividades, utilizando teste de múltipla escolha ou questões dissertativas. Além disso, ao final de cada sessão tutorial, são realizadas avaliações formativas do desempenho do estudante, por meio: da autoavaliação, da avaliação interpares no grupo e do *feedback* dos tutores; e avaliações somativas, por intermédio do uso de instrumento de avaliação desenvolvido pelo corpo docente da EMCM-UFRN, com base em evidências e em experiências de outras universidades^{12,13}.

O ensino de habilidades ocorre em laboratórios ou em cenários reais, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais e ambulatórios, a depender do tema abordado. Esse eixo tem por objetivo integrar as dimensões cognitivas, psicomotoras e atitudinais necessárias ao desenvolvimento das competências esperadas de um médico. As atividades também priorizam o uso de metodologias ativas, como: ABP, problematização, *role playing* e atendimentos supervisionados. Por sua vez, a avaliação nesse eixo é realizada por meio dos: *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE), *Objective Structured Practical Examination* (OSPE) e *Mini-Clinical Examination* (Mini-CEx).

O ensino na comunidade busca inserir o estudante desde os anos iniciais do curso na APS e constitui uma das estratégias de IESC. As atividades se desenvolvem em equipamentos sociais da comunidade e em serviços de atenção primária, secundária e terciária. A experiência de educação baseada na comunidade (EBC), no primeiro ano do curso, foi marcada pela estreita integração com os temas trabalhados nas sessões tutoriais. Após avaliação das ações realizadas, os docentes da área de Saúde Coletiva e Medicina de Família e Comunidade reorientaram as atividades em comunidade para se ajustar aos princípios mais gerais da EBC, o que implica um planejamento educacional criado como um resultado do envolvimento comunitário, e desenhado para combinar interesses da comunidade e da universidade¹⁴. Com isso, a partir do segundo semestre de 2015, o ensino passou a considerar as necessidades de saúde da população e do processo de trabalho das equipes, em conjunto com os conteúdos programáticos a serem trabalhados, de maneira que estes últimos não se sobreponham aos primeiros. Consequentemente, as situações reais vivenciadas pelos estudantes têm fortalecido o desenvolvimento de competências mais ajustadas à realidade dos serviços de saúde e da população, e possibilitado a reflexão-ação-reflexão dos trabalhadores sobre seus processos de trabalho. Pode-se considerar, como indicativo desse processo, a aprovação de 15 profissionais da rede pública de saúde dos municípios que sediam o curso no Programa de Pós-graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina da UFRN. Em última análise, tais direcionamentos têm permitido novos arranjos técnico-assistenciais nos serviços e consolidado a IESC.

Além das atividades em campo, são desenvolvidas atividades teóricas para instrumentalizar o ensino na comunidade e promover a discussão e avaliação das ações executadas. Nesse eixo, a avaliação do estudante ocorre por meio de: atividades teórico-práticas, portfólios, diários de campo e, mais recentemente, os objetivos de aprendizagem trabalhados em comunidade estão sendo integrados ao OSCE, OSPE e Mini-CEx.

A implementação de currículos com essas características coloca, para docentes e discentes, algumas dificuldades, a saber: resistência inicial ao modelo pedagógico baseado em metodologias ativas de aprendizagem, por parte de todos os atores envolvidos; resistência dos estudantes às atividades baseadas na EBC; ausência de formação de docentes e técnicos-administrativos, no momento de suas contratações, para o trabalho com metodologias ativas e currículo integrado; demanda de maior tempo de trabalho em equipe para efetivar o planejamento integrado dos módulos; comprometimento insuficiente de docentes com o curso; sobrecarga de trabalho docente; sobrecarga de estudo para estudantes, resultando em pouco tempo para atividades extracurriculares e autocuidado; e conflitos interpessoais que impactam no andamento das atividades.

As estratégias de enfrentamento dessas dificuldades têm sido construídas cotidianamente e consistem, prioritariamente, na realização de cursos para desenvolvimento docente e dos técnicos-administrativos, além de espaços de diálogos com os estudantes. Ademais, tem-se buscado o melhor dimensionamento do esforço docente (representado pela carga horária dedicada e as horas de trabalho na instituição) como forma de redução da sobrecarga de trabalho e implicação daqueles considerados “pouco comprometidos”. Para os estudantes, tem-se realizado acompanhamento psicopedagógico e há um projeto em curso para a implantação de um programa de *mentoring* na EMCM-UFRN.

Ensino na pós-graduação

As primeiras iniciativas de ensino de pós-graduação na EMCM-UFRN estão voltadas à implantação de programas de residência em saúde (médica e multiprofissional) e de pós-graduação *strictu-sensu*. Tais ações se fundamentam nas seguintes evidências: 1) há uma tendência do profissional de saúde em se fixar na região onde cursou a graduação e/ou a residência em saúde; e 2) a existência de escolas médicas e de programas de residência fora dos centros urbanos resultam em maior fixação de profissionais de saúde em áreas rurais e/ou remotas¹⁵⁻¹⁷.

Nesse sentido, a EMCM-UFRN submeteu, junto ao Ministério da Educação (MEC), propostas de Programas de Residência Médica (PRM) em: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Medicina de Família e Comunidade, e Ginecologia e Obstetrícia, tendo sido aprovados, até o momento, três PRM, dos quais dois já estão em funcionamento: Cirurgia Geral (três vagas) e Medicina de Família em Comunidade (12 vagas).

Ademais, a EMCM-UFRN implantou, também em 2016, dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) nas áreas de Atenção Básica (44 vagas/dez categorias profissionais) e de Saúde Materno-Infantil (12 vagas/seis categorias profissionais), ambos com cenários de prática nos municípios de Caicó e Currais Novos. Tanto os PRM quanto os PRMS são desenvolvidos com a parceria da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí/UFRN, *campus* Santa Cruz, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, *campus* Caicó, e da Faculdade Católica Santa Terezinha. Cumpre destacar o protagonismo dos gestores municipais de saúde de ambos os municípios nesse processo.

No contexto loco regional, esses programas de residência têm enfrentado desafios de ordem: *estrutural* (unidades de saúde com infraestruturas inadequadas, carência de insumos, logística de transporte dos residentes entre os municípios para realização de atividades teóricas na sede da EMCM-UFRN); *humana* (deficiências na educação permanente, dificuldade na adesão de preceptores, número de docentes insuficiente, necessidade de cursos de pós-graduação para os trabalhadores da rede e da gestão municipal); e *institucional* (resistências administrativas, excesso de burocracia, ineficiência e/ou inexistência de serviços municipais e estadual de regulação da integração ensino-serviço, ausência de protocolos e fluxos de atendimentos). No entanto, são desafios próprios do processo, e o enfrentamento, necessariamente, dispara nos agentes envolvidos e na cultura organizacional das unidades de saúde possibilidades de transformação e reestruturação do processo de trabalho em saúde.

Como estratégias de enfrentamento, podem-se elencar: 1) participação e controle social, juntamente com a população em geral; 2) oferecimento de ações de educação permanente a partir das necessidades levantadas pelos profissionais e gestão; 3) oficinas e cursos de formação de preceptores;

4) contratação de professores substitutos e temporários pela UFRN, e colaboração de docentes das universidades parceiras dos programas de residência, por meio de termos de cooperação; 5) reserva de vagas exclusivas para preceptores no Programa de Pós-graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina, nível Mestrado Profissional, da EMCM-UFRN; 6) assinatura do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Serviço (COAPES); e 7) coconstrução de espaços de diálogos e tensionamentos junto à gestão municipal e estadual, como formas de fortalecer a IESC.

Extensão universitária

Na EMCM-UFRN, a extensão universitária tem recebido atenção especial, diferente do que historicamente se vê em algumas Universidades, onde esta ocupa um espaço mais voltado para ações pontuais¹⁸. Porém, numa experiência curricular em que o estudante tem contato permanente e longitudinal com a realidade social, a extensão universitária se coloca como uma maneira efetiva de reflexão crítica, de intervenção política e de transformação social. Como coloca Freire¹⁹, o homem só pode tomar consciência da realidade e da sua capacidade de transformá-la se participar ativamente da história, da sociedade e da construção coletiva da ação.

Vale se destacarem as dificuldades iniciais relatadas por docentes atuantes, desde 2013, na EMCM/UFRN. Por se tratar de um corpo docente jovem e com formação acadêmica centrada na condução de projetos de pesquisa, qual não foi a surpresa ao ingressar num curso onde tudo estava por fazer! Ali, a pesquisa, em seus moldes clássicos, era um empreendimento secundário diante da necessidade de consolidação do curso de graduação. Nesse contexto, a extensão universitária mostrou-se como um campo fértil e aberto à recepção de muitos “estrepantes”. Para alguns desses agentes, a proposição e/ou participação em projetos de extensão possibilitou a ressignificação dos seus saberes e práticas, bem como das suas inserções como pesquisadores, transformando, radicalmente, o perfil dos projetos de pesquisa que viriam a ser desenvolvidos na instituição.

Dessa forma, a inserção do estudante de medicina e a atuação docente em comunidade e em serviços da APS, desde os anos iniciais do curso, associadas à missão e ao mandato de responsabilidade social da EMCM-UFRN, têm permitido a produção e execução de diversas ações de extensão (Tabela 1), coordenadas por docentes e técnico-administrativos da EMCM ou em parceria com outros departamentos da universidade, a maioria com auxílios financeiros e bolsas da Pró-Reitoria de Extensão da UFRN e do MEC (Edital Proext 2016-MEC/SESu).

Tabela 1. Distribuição das ações de extensão, segundo tipo e ano de realização. Escola Multicampi de Ciências Médicas, UFRN, 2014-2016.

	2014	2015	2016*	TOTAL
Projetos	03	09	12	24
Eventos	02	07	02	11
Cursos	00	02	03	05
Programas	00	01	01	02
TOTAL	05	19	18	42

* Executados ou em execução até abril de 2016.

Fonte: Pró-Reitoria de Extensão da UFRN (www.sigaa.ufrn.br).

A diversidade temática das ações de extensão evidencia a complexidade das necessidades sociais e de saúde identificadas nos cenários de prática e nas comunidades. Nesse sentido, a extensão universitária tem sido um elo que vincula a EMCM-UFRN e a comunidade, e, por isso, promove a formação integral do sujeito no mundo e a efetivação dos fundamentos práticos da extensão universitária, quais sejam: complementar o desenvolvimento cultural integral do estudante; fomentar

modos de atuação profissional comprometidos com as responsabilidades e as expectativas da sociedade em relação ao futuro profissional; e potencializar atitudes de compromisso com o desenvolvimento social²⁰. Portanto, a extensão universitária na experiência curricular e institucional da EMCM-UFRN se combina a outras ações e estratégias que fortalecem e efetivam: o mandato de responsabilidade social da escola médica, a construção cotidiana do perfil do egresso desejado e a reorientação da formação em saúde para o SUS^{3,6}.

Pesquisa

Nos anos iniciais da EMCM-UFRN, a pesquisa não foi desenvolvida com a mesma proporção que as ações de extensão. Entre 2014 e 2015, a EMCM-UFRN contava com apenas quatro projetos de pesquisa, tendo aumentado para 15, em 2016. Em 2014, o quantitativo de projetos de pesquisa representava 17% (n=1) dos projetos da EMCM-UFRN, sendo os demais projetos de extensão. Em 2015, a pesquisa representou 21% dos projetos, correspondendo a três projetos do total de 11. Já em 2016, houve uma inversão desse quantitativo, com a pesquisa representando 63% dos projetos da EMCM-UFRN, totalizando 15 entre os 24 existentes até o mês de abril.

A mudança desse cenário reflete um progresso lento para o início das atividades de pesquisa em uma escola em processo de implantação. Dessa forma, apresentam-se, a seguir, os principais fatores que influenciaram o desenvolvimento da pesquisa na EMCM-UFRN.

Titulação do corpo docente

O processo de implantação do curso contou, inicialmente, com um corpo docente composto por 13 professores, sendo apenas um doutor, quatro mestres e oito especialistas. A baixa titulação do corpo docente contribuiu para o retrato atual das atividades de pesquisa, devido à necessidade do título de doutor na concorrência em editais de pesquisa. Há de se considerar que a aprovação de projetos em editais públicos também é dificultada para recém-doutores, geralmente atrelada à pouca ou inexistente experiência dos mesmos em coordenação de projetos de pesquisa, item de alta pontuação em muitos editais. Até o momento, os docentes da EMCM-UFRN não contam com projetos de pesquisa contemplados com recursos provenientes de editais da UFRN ou externos. Diante disso, tem sido estimulada a formação em nível de pós-graduação e a construção/participação em rede de pesquisas.

Priorização do ensino

No processo de implantação de um curso, o ensino se torna prioridade dentre todas as outras atividades docentes. Isso implica dedicar boa parte da carga horária dos docentes a capacitações, planejamento pedagógico e reuniões administrativas, impactando negativamente na produção científica desses agentes, revelada pelos números a seguir: no período de 2013 a 2016, apenas 27 publicações compõem a produção científica do curso, sendo oito em 2013, cinco em 2014, 11 em 2015 e três em 2016 (até o mês de abril). É possível perceber um importante declínio da produção científica em 2014, ano de implantação do curso de medicina, com recuperação do quantitativo no ano seguinte, quando novos docentes foram contratados. A criação de grupos de pesquisas, no âmbito da EMCM-UFRN, e o credenciamento dos docentes em programas de pós-graduação têm contribuído para o aumento da produção científica.

Estrutura física e tecnológica

No processo de implantação da EMCM-UFRN, os recursos financeiros têm sido destinados, prioritariamente, à construção de uma estrutura que comporte as atividades de ensino e administrativas. Consequentemente, a construção de laboratórios de pesquisas, sobretudo em áreas básica e clínica, ainda não é realidade, o que também repercute na produção científica de parte dos docentes. Além disso, ainda é preciso caminhar no que se refere à organização de grupos de pesquisa

que, igualmente, apresentam necessidades tecnológicas e estruturais. Acredita-se que isso contribuiria para uma futura estruturação dos espaços voltados para a prática em pesquisa, além de provocar uma união de forças docentes para submissão de propostas em editais de fomento a projetos e aquisição de tecnologias.

Financiamento

Em geral, o financiamento dos projetos de pesquisa é um fator imprescindível à sua execução, que exige, muitas vezes, a compra de equipamentos, *softwares* e insumos. Dessa forma, o subfinanciamento das atividades de pesquisa expõe parte das dificuldades de se estabelecerem centros de pesquisa em *campi* situados fora dos grandes centros universitários e urbanos. Além disso, é indiscutível que o atual cenário brasileiro de crise política e econômica e os consequentes cortes orçamentários tenham impacto negativo na produção científica nacional, sobretudo nos centros emergentes, como é o caso da EMCM-UFRN.

Por fim, é notável que, apesar das dificuldades listadas, houve um aumento do número de pesquisas da EMCM-UFRN no período de janeiro a abril de 2016. Resultado atribuído à produção conjunta do corpo docente, atualmente constituído por dez doutores, seis mestres (sendo dois doutorandos) e 12 especialistas (sendo sete mestrandos). Portanto, pode-se observar que a EMCM-UFRN tem cumprido o princípio da indissociabilidade entre ensino-pesquisa-extensão.

Considerações finais

A proposta foi analisar a experiência de implantação de um curso de Medicina no semiárido nordestino, o que permitiu problematizar o presente por meio de uma atitude crítica e reflexiva. Desde sua criação, a EMCM-UFRN vem desencadeando tensionamentos nos sistemas de saúde locais. Reconhecemos que a ocupação dos diferentes cenários de atenção à saúde oportuniza uma formação crítico-reflexiva concatenada aos princípios do SUS.

O trabalho possibilitou apreender os principais eventos que marcaram o processo de implantação do curso de Medicina da EMCM-UFRN, notadamente: o papel da Comissão de Implantação na condução de audiências públicas, nos municípios das regiões do Seridó e Trairí; a criação do AIR como modalidade de ampliação do acesso de estudantes ao Ensino Superior, nos campi da UFRN no interior, e as estratégias de seleção e desenvolvimento do corpo docente. Além disso, expôs as potencialidades e limitações enfrentadas nas atividades de ensino na graduação e na pós-graduação. Essas experiências têm favorecido o acesso dos profissionais locais à educação permanente, reconhecendo-os enquanto agentes fundamentais para o aprendizado em serviço e para a legitimação do papel formador do SUS.

Apesar de todas as potencialidades e conquistas, ainda são grandes os obstáculos e desafios a serem vencidos para que a EMCM-UFRN funcione em toda a sua capacidade e plenitude, conforme discutido no texto. Apesar disso, a experiência em curso na EMCM-UFRN referenda a potência do PMM, cujo impacto na formação médica só poderá ser avaliado, efetivamente, em longo prazo. Para finalizar, compreende-se que as experiências aqui apresentadas podem servir de base para outras comunidades acadêmicas que se vêm no mesmo processo; além, é claro, de oferecer aos integrantes da EMCM-UFRN um "retrato" daquilo que se tem vivido ao longo desses últimos anos, o que, em última instância, permite avaliar o percurso, redefinir planos e redirecionar os caminhos.

Colaboradores

Lucas Pereira de Melo, Marcelo dos Santos e Rafael Barros Gomes da Câmara participaram, igualmente, da elaboração da proposta inicial do artigo, da redação, da discussão do relato de experiência, da revisão e aprovação da versão final do texto. Liliane Pereira Braga, Ana Luiza de Oliveira e Oliveira, Tiago Rocha Pinto, Pâmara Medeiros da Costa e George Dantas de Azevedo colaboraram, igualmente, na discussão do relato de experiência, na revisão e aprovação da versão final do texto.

Referências

1. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33(2):262-70.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
4. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? *Esc Anna Nery.* 2015; 19(1):9-10.
5. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2015.
6. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Nacionais do curso de graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*, 23 Jun 2014.
7. Hunt JB, Bonham C, MBBS, MS, Jones L. Understanding the goals of service learning and community-based medical education: a systematic review. *Acad Med.* 2011; 86(2):246-51.
8. Stagg P, Greenhill J, Worley PS. A new model to understand the career choice and practice location decisions of medical graduates. *Rural and remote health.* 2009; 9(4):1245.
9. Walker JH, Dewitt DE, Pallant JF, Cunningham CE. Rural origin plus a rural clinical school placement is a significant predictor of medical students' intentions to practice rurally: a multi-university study. *Rural Remote Health.* 2012; 12(1):1908.
10. Resolução nº 177-CONSEPE-UFRN, de 12 de novembro de 2013. Dispõe sobre o estímulo ao acesso à Universidade dos estudantes que residem no entorno dos locais de oferta dos cursos da UFRN no interior. *Diário Oficial da União.* 19 Set 1990.
11. Wood DF. Problem based learning. *BMJ.* 2003; 326(7384):328-30.
12. Machado JLM, Machado VMP, Grec W, Bollela VR, Vieira JE. Self- and peer assessment may not be an accurate measure of PBL tutorial process. *BMC Med Educ.* 2008; 8(1):55-60.
13. Papinczak T, Young L, Groves M, Haynes M. An analysis of peer, self, and tutor assessment in problem-based learning tutorials. *Med Teacher.* 2007; 29:122-32.
14. Talaat W, Ladhani Z. Community based education in health professions: global perspectives. Cairo: Regional Office for the Eastern Mediterranean/World Health Organization, 2014.

15. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health*. 2006; 4(12):1-19.
16. Araújo E, Maeda A. How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries. Washington, D.C.: World Bank; 2013.
17. Viscomi M, Larkins S, Gupta T. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Can J Rural Med*. 2013; 18(1):13-23.
18. Fernandes MC, Silva LMS, Machado ALG, Moreira TMM. Universidade e a extensão universitária: a visão dos moradores das comunidades circunvizinhas. *Educ Rev (Belo Horizonte)*. 2012; 28(4):169-94.
19. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 48a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
20. Ordaz Hernández M. La educación de habilidades sociales desde la Extensión Universitaria. *Propuesta de acciones. Educ Rev (Curitiba)*. 2013; 50:269-83.

A proposta deste artigo é relatar criticamente a experiência institucional e curricular de implantação do curso de Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Este relato se coloca como forma de documentar, monitorar e refletir sobre o desenvolvimento das ações de expansão de vagas e criação de novos cursos de Medicina em universidades federais, no âmbito do Programa Mais Médicos. Para tanto, foram descritas de maneira crítica as ações de ensino, pesquisa e extensão já desenvolvidas, além de apresentar uma visão geral do curso e da integração ensino-serviço-comunidade, destacando os êxitos logrados e os desafios no desenvolvimento das ações de ensino, pesquisa e extensão. Por fim, são apresentadas as dificuldades inerentes à implantação de novos cursos fora dos centros urbanos no Brasil.

Palavras-chave: Educação Médica. Programa Mais Médicos. Currículo.

The Multicampi School of Medical Sciences of the Federal University of Rio Grande do Norte in the context of the More Doctors Program: challenges and potentialities

This paper reports on the institutional and curricular experience of launching the Medical Course of the Multicampi School of Medical Sciences of the Federal University of Rio Grande do Norte (UFRN). This report is a way of documenting, monitoring and reflecting on the development of actions of expansion of seats and creation of new medical courses in federal universities, within the framework of the More Doctors Program. To that end, the teaching, research and extension actions already developed are critically described, as well as it is presented an overview of the course and the teaching-service-community integration, highlighting the achievements and challenges in the development of teaching, research and extension. Finally, the difficulties inherent in the implantation of new courses outside urban centers in Brazil are described.

Keywords: Medical Education. More Doctors Program. Curriculum.

La La Escuela Multicampi de Ciencias Médicas de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte en el contexto del Programa Más Médicos: desafíos e potencialidades

El objetivo de este artículo es relatar la experiencia institucional y curricular de implantación del curso de Medicina de la Escuela Multicampi de Ciencias Médicas de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN). Se presenta como una forma de comentar, monitorear y reflexionar sobre el desarrollo de las acciones de expansión de plazas y creación de nuevos cursos de Medicina en universidades federales, en el ámbito del Programa Más Médicos. Para ello, se describen de manera crítica las acciones de enseñanza, investigación y extensión ya desarrolladas, además de presentar una visión general del curso y de la integración enseñanza-servicio-comunidad, destacando los éxitos conseguidos y los desafíos en el desarrollo de las acciones de enseñanza, investigación y extensión. Finalmente se presentan las dificultades inherentes a la implantación de nuevos cursos fuera de los centros urbanos en Brasil.

Palabras clave: Educación médica. Programa Más Médicos. Currículum.

Submetido em 04/05/2016. Aprovado em 06/12/2016.

A territorialização na Atenção Básica:

um relato de experiência na formação médica

Larissa Galas Justo^(a)
 Ana Kalliny de Sousa Severo^(b)
 Antônio Vladimir Félix-Silva^(c)
 Lorena Sousa Soares^(d)
 Fernando Lopes e Silva-Júnior^(e)

Introdução

No Brasil, a estruturação da política de Saúde vem sofrendo um processo de sucessivas mudanças, com a atuação de importantes segmentos sociais e políticos no sentido de reivindicar o avanço do movimento pela Reforma Sanitária¹ e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema, “como toda forma de realidade, se produz no embate entre as diferentes políticas de sua(s) construção(ões)”². Por conseguinte, diversos setores envolvidos com o SUS têm por papel fundamental induzir a produção das mudanças que atravessam o campo das práticas de Saúde como o campo da formação profissional.

As novas ações em experimentação devem ofertar propostas de transformação das práticas profissionais, fundadas na reflexão crítica sobre o trabalho em Saúde e a experimentação da alteridade com os usuários. Tais práticas precisam possibilitar que o cotidiano das relações de cuidado em Saúde e da gestão setorial sejam incorporadas ao aprender e ensinar. Dessa maneira, a formação deve ir além da busca de diagnóstico e intervenção sobre um processo de adoecimento e adequar-se “às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado”³.

A partir da necessidade do aperfeiçoamento e reformulação da formação dos alunos de graduação em serviço e da necessária reconstrução das relações entre a universidade e os serviços de saúde é que, nas últimas décadas, vem ocorrendo um movimento mundial de reestruturação da formação médica. No contexto brasileiro, busca-se a transformação da formação médica no sentido de confluir com os objetivos do SUS e fortalecer uma Atenção em Saúde focada nas necessidades de saúde da população, delineando projetos que tenham o ensino voltado para a comunidade⁴. No ano de 2013, o Governo Federal lançou o Programa Mais Médicos, que visa responder à demanda emergencial de expansão da oferta do serviço médico no território nacional, a sua adequação às necessidades de saúde da população brasileira e à qualificação da Atenção Básica. Nesse sentido, o Governo Federal adota três eixos principais, entre os quais estão

José Ivo dos Santos
 Pedrosa^(f)

^(a,c,d,e,f) Curso de Medicina, Campus Ministro Reis Velloso, Universidade Federal do Piauí. Avenida Capitão Claro, 382. Centro. Parnaíba, PI, Brasil. 64.200-500.
 larissajusto@gmail.com;
 wladyfelix@hotmail.com;
 lorenacacaux@hotmail.com;
 fernando.lopes@ufpi.edu.br;
 jivopedrosa@gmail.com
^(b) Curso de Psicologia, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Santa Cruz, RN, Brasil. akssevero@gmail.com

a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina, o aumento do número de residências médicas em diversas regiões do país e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica⁵.

Enfim, buscamos refletir acerca da importância da territorialização na Atenção Básica em Saúde na formação médica a partir de uma experiência vivenciada com a inserção de acadêmicos em Medicina na Estratégia Saúde da Família (ESF). Um dos fundamentos da ESF é a Atenção Básica territorializada, construída sobre uma base territorial espacialmente delimitada e seguindo o modelo instrumentalizado na adstrição da clientela^{6,7}. O território, para efeito do processo de produção de saúde da comunidade, deve ser considerado um espaço vivo capaz de produzir saúde; portanto, um espaço que deve passar por um diagnóstico epidemiológico para identificar os fatores e condições pertinentes aos processos de saúde e doença de determinada região⁶. Ele deve ser entendido como espaço dinâmico em constante metamorfose nos mais variados aspectos – história, demografia, cultura e epidemiologia – e, consequentemente, sujeito a constante variabilidade de riscos e vulnerabilidades, características que reverberam na administração, política, tecnologia e sociedade dentro de suas fronteiras físicas e intangíveis⁷.

Na medida em que o planejamento da Educação em Saúde se afasta do modelo biomédico e se adequa à reorientação dos sistemas de Saúde, o conhecimento sobre o processo de territorialização torna-se ferramenta necessária para que a transição entre tais modelos de aprendizado ocorra de modo fluido e funcional, especialmente no contexto da Atenção Básica. O curso de Medicina da instituição de ensino superior (IES) da cidade de Parnaíba tem como eixo teórico-metodológico ensino-serviço-comunidade e como áreas de competência profissional, a atenção, gestão e educação em Saúde⁸. Trata-se de um curso inaugurado de acordo com as Diretrizes Nacionais Curriculares para o curso de graduação em Medicina de 2014 e com as normas estabelecidas pelo Grupo de Trabalho de Expansão da Educação Médica de 2010. Vale ressaltar que o curso está organizado por módulos⁸.

Como a educação permanente em Saúde se constitui dispositivo de articulação entre ensino-serviço-comunidade e as áreas de competência do profissional médico? Aqui não temos a pretensão de responder a essa problematização. Não obstante, as discussões e resultados da experiência que será relatada apontam algumas pistas, “reconhecendo que reside na educação uma fonte de conhecimento que contribui para que os sujeitos tenham maior autonomia para o cuidado de si”⁹, sabendo que “o cuidado de si não se produz por conhecimento, ele precisa encontrar um território existencial fértil, em que possa acontecer”⁹. Nessa perspectiva, pensamos que o dispositivo Educação em Saúde pode contribuir com a produção de novos modos de existência a partir da territorialização.

Entre os oito módulos de Atenção Primária à Saúde no curso, o módulo de Atenção Primária em Saúde (APS) I, presente na matriz curricular do primeiro semestre, é o responsável por introduzir o conceito e a prática da territorialização no aprendizado dos estudantes do curso. Para que estes compreendam a complexidade dos processos de saúde, os docentes introduzem o ensino expondo, em atividades práticas e tangíveis, a importância e as dificuldades do processo de reconhecimento e adstrição do território. Esse módulo, dentro do qual está previsto o desenvolvimento de competências relativas à Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde, figura em oito dos 12 semestres da referida graduação. Assim, este relato tem como objetivo discutir a importância da territorialização para a formação médica a partir da análise de uma experiência de ensino no curso de Medicina.

Metodologia: como ocorreu a territorialização

O curso de Medicina da cidade de Parnaíba tem sua estrutura curricular dividida em duas fases, cada uma delas compreendendo diferentes atividades e metodologias. A primeira fase compreende as quatro primeiras séries, organizada em oito períodos que apresentam níveis de articulação dos conteúdos disciplinares por meio de módulos sequenciais e de módulos transversais. A APS é um dos módulos transversais, sequenciado até o oitavo período, e articula “os conteúdos apreendidos com as expressões práticas nas Redes de Atenção, preconizadas nas políticas de saúde, integrando os níveis individuais e coletivos de atenção; saberes técnicos-científicos com saberes tácitos e populares; intervenções pontuais, emergenciais e planejada”⁸.

O módulo APS I ocorreu durante o segundo semestre do ano de 2015 e foi composto de aulas teóricas e práticas, que objetivaram o aprendizado sobre determinação social da Saúde, a compreensão dos aspectos teóricos e históricos da emergência da prática médica, o reconhecimento dos sujeitos e das práticas de saúde e a complexidade da atenção e saúde comunitária. Para o desenvolvimento das atividades, os alunos foram divididos em grupos de oito a dez participantes e inseridos em cinco Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município. Ao longo do semestre, foram realizadas em torno de sete visitas no território, com as seguintes finalidades: mapeamento da área de cobertura da Unidade de Saúde a partir de observações participantes acompanhadas por agentes comunitárias de saúde (ACSs), rodas de conversas com ACSs, entrevistas com enfermeira e cirurgiã-dentista e visitas domiciliares. Essas visitas eram intercaladas com aulas teóricas, nas quais a construção do conhecimento se dava a partir do diálogo com as atividades práticas e o uso de práticas integrativas grupais. As atividades de visitas aos territórios eram registradas na construção de diários e da caixa de afecções.

Uma das Unidades de Saúde visitadas é referência para o território caracterizado neste relato, que engloba um dos bairros antigos da cidade e inclui ainda uma comunidade ribeirinha. O bairro é considerado um dos pontos de origem da cidade de Parnaíba. Os serviços oferecidos por essa unidade incluem acolhimento, serviço de enfermagem, atendimento médico, consulta de pré-natal e puericultura, curativos, dispensação de medicamentos, de preservativos e de contraceptivos, exame preventivo de câncer de colo de útero, grupo de Educação em Saúde, imunização, nebulização e planejamento familiar.

No processo de territorialização, esse grupo específico de alunos e professoras caminhou pelas ruas do bairro, acompanhado dos ACSs. Alguns instrumentos foram fornecidos para guiar as observações. Além de aspectos gerais do território e da identificação da equipe, a atividade foi previamente orientada por meio de um roteiro de perguntas para a comunidade, contendo os seguintes direcionamentos (além de outras questões que surgirem): Quem somos nós? De que vivemos? Como vivemos? Quais dificuldades você vivencia no lugar onde você mora? E em relação à saúde? Quais problemas em relação à saúde você mais encontra onde você vive? O que tem de bom onde você mora? Quando você tem um problema de saúde, a quem/o que você procura [colocar todas as opções]? Como você vê o Posto de Saúde e quais sugestões você dá para melhorar o trabalho do Posto de Saúde?

Além disso, foram realizadas rodas de conversa com profissionais de nível superior e com a superintendente da Atenção Básica, a cirurgiã-dentista e a enfermeira, que também era a gestora da unidade. Foram realizadas perguntas a respeito da formação e nível desses profissionais, cargo ocupado, tempo de serviço na instituição, além de questionamentos acerca da visão desses profissionais quanto à comunidade, atividades realizadas, metodologias e estratégias de intervenção e, por fim, principais dificuldades e benefícios do serviço no qual estavam inseridos.

Para a construção e síntese desta análise da experiência, utilizamos os diários cartográficos e a caixa de afecções produzidas por este grupo de alunos e optamos por apresentá-la em eixos temático-teóricos considerados relevantes. Os eixos foram: a participação dos ACSs no ensino médico – a ampliação do olhar sobre o território, aprendendo sobre equidade –; a importância do vínculo equipe-comunidade; o protagonismo de estudantes, profissionais e comunidade – constituindo grupos sujeitos, promovendo a aprendizagem por meio da territorialização –; e o uso de portfólio, o fórum e a caixa de afecções.

Eixos analíticos para discussão

A participação dos ACSs no ensino médico – a ampliação do olhar sobre o território

Na experiência vivenciada, a participação dos ACSs mostrou-se essencial para inserir os alunos nas comunidades, produzir vínculo e demonstrar abordagens participativas no trabalho com a comunidade.

Três dos ACSs dessa Unidade de Saúde receberam os alunos apresentando um mapa que eles próprios haviam confeccionado de acordo com a região onde trabalhavam. Entre esses agentes, dois trabalhavam como ACS da unidade há mais de 15 anos; o outro, há mais de 17 anos.

Ao iniciar a discussão, os ACSs listaram os membros permanentes da equipe de Saúde da unidade, citando a médica, a enfermeira, a cirurgiã-dentista, a atendente social e o próprio grupo de agentes comunitários, que era o mais numeroso e formado por moradores do próprio bairro. Após essa apresentação, os três passaram a expor todas as microáreas que constituíam o território coberto pela unidade.

À medida que os ACSs foram descrevendo as microáreas, foram reveladas as riquezas cultural e histórica do bairro; a heterogeneidade da população residente, com áreas muito ricas e outras muito pobres; os problemas de infraestrutura do bairro, entre outros. Além disso, eles também explicaram como os agentes de Saúde, entre profissionais de Saúde e membros da comunidade, lidavam com os problemas locais. Percebemos, ainda, que o reconhecimento da complexidade e das especificidades do território é de conhecimento quase exclusivo dos ACSs. Em entrevistas realizadas com os profissionais de nível superior da unidade acerca do território e dos seus recursos, foi percebido o pouco conhecimento sobre as experiências da comunidade.

Como consta no Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB), é competência dos ACSs trabalhar com microáreas, definidas como “adstrição de famílias com base geográfica definida”¹⁰. Cada um dos ACSs da Unidade Básica de Saúde (UBS) era responsável por uma das microáreas da região coberta; a maioria era residente da própria área onde estava lotado, inclusive o membro da equipe responsável pela comunidade ribeirinha. Ainda que haja essa divisão, durante a reunião inicial – na qual constavam apenas três agentes de uma equipe bem maior – todos os ACSs conheciam as principais características e nuances das zonas adstritas.

No que se refere ao trabalho da ESF, o enfrentamento das determinações sociais em Saúde deve abranger recursos existentes no próprio território; para tanto, a equipe e o médico generalista precisam compreender a comunidade, o modo como ela vive, as dificuldades e os recursos que podem ser usados para produção de saúde. Haddad, em discussão acerca da Educação Baseada na Comunidade, explica que se constitui como um desafio que o estudante: “[...] deve aprender desde cedo que o paciente ou o usuário do serviço de saúde é o sujeito e não objeto da ação profissional. Para isso, é preciso sair da prática centrada na técnica para estar nos locais em que a vida (e a saúde e a doença) acontece”⁴.

Desse modo, apontamos que essa integração só foi efetivamente possível com a participação dos ACSs, já que estes têm uma participação ativa na produção de saúde da população, no que se refere tanto à produção da clínica e do cuidado quanto de ações de promoção e educação em Saúde¹¹. Enfim, a participação dos ACSs se mostra essencial na formação médica atual para a desconstrução do paradigma biomédico hegemônico centrado no saber sobre a doença e em ações verticalizadas realizadas na comunidade. A partir dessa inserção no território é que se pode produzir modos de aprender, intervenções que consideram o saber sobre as pessoas e a clínica ampliada no território, fundamentais na ESF, fortalecendo a relação entre ensino-serviço-comunidade.

Aprendendo sobre equidade – a importância do vínculo equipe-comunidade

Nas visitas realizadas, percebemos que o cuidado e desconstrução de preconceitos diante de grupos específicos são essenciais para a efetivação do direito universal à saúde, principalmente diante da abordagem e do vínculo com populações ribeirinhas, populações quilombolas e profissionais do sexo.

Um dos locais visitados provocou bastante curiosidade entre os estudantes: um bar no qual, possivelmente, ocorre comercialização de drogas, além de funcionar como uma casa de prostituição – inclusive de crianças e adolescentes. Os ACSs explicaram que, eventualmente, distribuem camisinhas e outros métodos preventivos de concepção e de infecções sexualmente transmissíveis, embora busquem fazer essas intervenções com cuidado e gentileza, para não dissolver a relação de confiança entre os usuários desse lugar e a equipe, construída há certo tempo.

Esse caso iniciou uma discussão sobre a abordagem dos usuários mais vulneráveis da região. Os ACSs foram unânimes em afirmar que é importante não deixar transparecer o impacto que algumas situações sociais causam à equipe. A abordagem, nesses casos, é delicada, já que qualquer atitude mais enérgica de denúncia e intervenção brusca pode provocar perda irreversível de confiança por parte da população coberta.

A referência da UBS para situações sociais extremas é o Centro de Referência de Assistência Social (Cras) de um bairro próximo. Entretanto, os ACSs são reticentes em relação à intervenção dos assistentes sociais. Eles descrevem o método como mais enérgico e passível de causar quebra irreparável da confiança dos usuários nos agentes que denunciam as situações. Apesar de haver necessidade de notificações dos agravos, os ACSs procuram fazê-las de modo a não desgastar – termo que eles mesmos usaram para descrever essa quebra de confiança – a imagem da equipe de Saúde.

Outro destaque é um local que servia como lixão na área, que foi limpo e apropriado pelos moradores da região, tornando-se um local habitado, no qual foi construído um jardim, que é cuidado pela comunidade. Possui um ponto comercial grande que supre os arredores com produtos de mercearia, bem como uma loja de paisagismo. É nessa área que existe uma antiga vila de pescadores que os moradores da região acreditam ser descendentes de quilombolas que migraram há muito tempo do estado do Ceará. Eram um grupo bastante fechado, inicialmente, não se inseriam nas escolas e nos outros serviços públicos oferecidos à comunidade. Uma das estratégias usadas para aproximação da equipe de Saúde com a vila foi a entrada de um dos integrantes da vila para o grupo dos ACSs. Atualmente, os ACSs já possuem um vínculo com essa vila, que já está inserida nos serviços públicos, incluindo os de educação e Saúde. Há dúvidas sobre se essa pequena comunidade é descendente de quilombolas, apesar das origens descritas.

Por fim, os agentes descreveram a comunidade ribeirinha, que tem um agente próprio, morador do local. Embora seja pequena e afastada, detém um enorme valor histórico para Parnaíba. É o local do antigo povoado Testa Branca, historicamente apontado como o verdadeiro início da cidade.

A dificuldade no acesso da população à comunidade ribeirinha deveu-se, além dos muros físicos, aos problemas de infraestrutura. As pequenas dimensões dessa comunidade permitiram aos alunos presentes o reconhecimento rápido e direto de todos os descritores já mencionados pelos ACSs em encontros anteriores: comunidade ribeirinha de aspecto primordialmente familiar, formada especialmente por pescadores do rio que a margeiam. Uma das novidades foi a situação da coleta de lixo no local, inexistente por causa do difícil acesso e motivo pelo qual os moradores da região recorrem a queimadas como única alternativa para descarte dos materiais.

A evasão escolar é alta na região: os professores da escola faltam muito e aparentam desmotivação, segundo uma das agentes que acompanhou o grupo. Por causa disso, as crianças geralmente vão à escola apenas para receber a merenda e passam pouquíssimo tempo nela. Os agentes também informaram que a juventude do local tende a migrar para áreas mais urbanas ao fim da adolescência e não retorna. Por isso, a população dessa comunidade carece de jovens adultos, possuindo mais crianças e adultos mais velhos.

Devido à distância entre a comunidade e a Unidade de Saúde, bem como a indisponibilidade de horários com acompanhamento dos ACSs, os alunos não puderam visitar a comunidade. No entanto, conhecê-la foi um dos momentos mais impactantes do processo de territorialização, tanto pelo choque de realidade quanto pelas ideias que os alunos discutiram sobre projetos de intervenção a serem realizados nesse local.

Percebemos que os ACSs problematizam com os discentes as intervenções, por vezes, violentas do Estado. Na modernidade, instaura-se um modelo hegemônico de intervenção em Saúde, caracterizado por ações de controle sobre a vida e sobre os corpos das pessoas, principalmente da população vulnerável. A atenção domiciliar em Saúde também se delinea sobre essa mesma perspectiva, com ações que buscam o controle da população¹².

Para provocar mudanças nesse quadro, torna-se importante ainda fortalecer no currículo de Medicina a discussão acerca das heterogeneidades do povo brasileiro e a adequação das intervenções frente a essas diferenças, assumindo a equidade como diretriz para o cuidado. Também é importante inserir, na formação do profissional de Saúde, discussões que vêm sendo desenvolvidas no sentido de combater ações de controle sobre a população mais pobre, como também de oposição à desigualdade no acesso aos serviços e bens de saúde. O SUS “vêm implementando as políticas de promoção da equidade, com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da saúde”¹³.

Construir modos de cuidado equitativos implica ainda em adotar uma postura ética de respeito e afirmação das diferenças, acolhendo e produzindo saúde a partir das necessidades específicas das

populações. Para tanto, faz-se necessário buscar saberes que ajudem no reconhecimento da história da comunidade, das especificidades culturais e dos modos de reprodução social dos indivíduos e populações¹⁴.

O protagonismo de estudantes, profissionais e comunidade – constituindo grupos sujeitos

No relato baseado na caixa de afecções, uma das alunas do grupo menciona a música denominada Clube da Esquina II, de Milton Nascimento, Lô Borges e Márcio Borges: “Porque se chamavam homens/Também se chamavam sonhos/E sonhos não envelhecem”. Fala de um tempo que não sonhou, um tempo de tristeza, no qual se sentia perdida. Entoa, junto com outros estudantes, um canto que fala de sonhos que não envelhecem. Falam dos motivos que os levaram à Medicina, da tradição familiar, mas explicam que não entendiam. No contato com seus Joões e donas Marias, com a história do SUS, encontraram sonhos que não envelheciam, sentiram-se parte de um protagonismo na construção de outra realidade de direitos à saúde. Suas almas, junto com a do SUS, engrandeceram-se e avivaram-se.

Avivaram-se porque encontraram no território histórias antes não imaginadas por eles e não propagadas pela mídia. Só sabiam de uma Medicina centrada na relação médico-paciente, conforme relato de um aluno, e de um SUS para quem não tinha condição de pagar. Não sabiam que podiam produzir outras histórias coletivas na produção de saúde.

Em uma das microáreas distantes da Unidade de Saúde, existia um Posto de Saúde construído que foi abandonado durante uma década. Os moradores e os ACSs se uniram para limpar e arrumar o posto, dividindo as despesas e agindo por conta própria, sem apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Atualmente, a comunidade assumiu o cuidado do posto, limpando-o e mantendo sua integridade para que a equipe de Saúde possa visitar e agir a partir dele.

Enquanto esse acolhimento da comunidade e engajamento dos profissionais de Saúde que trabalham em prol dela são certamente louváveis e um exemplo de interesse no bom funcionamento da ESF, questões delicadas observadas pelos alunos durante o módulo foram justamente a desconexão entre a gestão municipal e a gestão da Unidade a eles apresentada. Quanto mais os membros da equipe demonstravam iniciativa e autonomia, menos prioritárias pareciam ser suas reivindicações; um dos ACSs comentou para os alunos, inclusive, que o fato de a UBS solucionar parte de seus problemas por conta própria parece ter se tornado uma justificativa para essa situação.

Por conseguirem atuar na região sem um apoio mais amplo da SMS, os ACSs não gostam de registrar e divulgar os eventos que realizam, para que o crédito de suas ações independentes não mascare o fato dos sucessos serem, em grande parte, frutos do esforço da equipe do bairro, e não dos programas e da verba municipal. Atividades que costumavam ser feitas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que foram descontinuadas após seu encerramento, ainda persistem, como a “Capoterapia” que ocorre aos domingos, com idosos, em um colégio do bairro, envolvendo atividades físicas que simulam a capoeira, bem como o grupo de caminhada, organizado pela própria comunidade.

Percebemos a partir dos relatos que, ao entrar em contato com as expressões das pessoas sobre seus modos de vida, os alunos se sentem mobilizados e pertencentes na construção do sistema e desses mesmos modos de vida. Dessa maneira, modos de aprender e cuidar vão sendo mobilizados no sentido de produzir junto com as pessoas o cuidado comunitário e, junto com os discentes, seus territórios existenciais para “o estar” na comunidade e na universidade são trabalhados.

A aprendizagem por meio da territorialização: o uso de portfólio, o fórum e a caixa de afecções

As últimas atividades avaliativas dos alunos no módulo incluíam a elaboração de um portfólio descrevendo toda a vivência da territorialização em suas nuances e afetações e a criação de um fórum sobre os produtos do módulo, a ser realizado por todas as turmas de Medicina envolvidas nas atividades de Atenção Primária.

Considerando que o curso de Medicina em questão tem em seu alicerce a priorização de metodologias ativas para a construção de uma aprendizagem colaborativa¹⁵, o portfólio foi adotado como uma forma de incentivar a participação intensa do aluno na produção do conhecimento que o beneficiará em sua formação. Ao invés de focar uma avaliação somativa e individual, essa metodologia assegura uma avaliação coletiva, consensual e reflexiva, aguçando a criticidade dos discentes e consolidando a conscientização social de todos os participantes. Esse processo reflete a identidade do discente e permite uma avaliação formativa pautada na reflexão e na autoavaliação¹⁵.

A outra atividade avaliativa distanciou-se da reflexão individual para ser desenvolvida entre os grupos dos módulos de Atenção Primária à Saúde, em vários níveis: entre os grupos divididos por unidades de Saúde dentro de um mesmo módulo e entre os grupos de módulos distintos (no caso, APS I e APS III). A partir desses princípios, os professores dos módulos de APS planejaram um fórum que englobasse todos os participantes da APS, desde os discentes e docentes aos servidores de Saúde envolvidos na Atenção Básica do município.

O fórum não foi executado na plenitude de suas possibilidades, refletindo dificuldades na construção de estratégias de planejamento e avaliação de ensino universitário em parceria efetiva com a rede de serviços⁴. O grande potencial desse evento só será realmente atingido quando todos os módulos puderem participar de sua execução, de modo que trabalhos dos alunos na Atenção Básica sigam em simbiose, encadeados desde a APS I a APS VIII, com participação das turmas do internato em APS e com os trabalhadores e a comunidade.

Além do fórum, das práticas integrativas grupais – tais como rodas de conversa e círculo de cultura, utilizados nas atividades de formação – e do uso do portfólio, utilizamos também a caixa de afecções. Trata-se de uma ferramenta confeccionada por cada estudante, em uma oficina com os professores de outro módulo do curso (Bases dos Processos Psicossociais da Saúde), que foi potencializada pelo encontro dos alunos com o território no módulo da APS I, gerando uma integração entre os módulos. O uso desse dispositivo – a caixa de afecções¹⁶ – visou à conexão com a experiência a partir de objetos que remetem à vivência de afetar e deixa-se afetar com a territorialização e às sensações e pensamentos relacionados à experiência que possibilitem o deslocamento do olhar em direção às potencialidades do território, gerando o desejo de fazer registros nos diários e sistematizações no portfólio. A caixa funcionou como uma importante ferramenta que possibilitou o diálogo sobre os distintos ritmos e pontos de vista, conciliando as demandas e necessidades de ambas as partes, “sem perder de vista que o objetivo principal é o de atender às necessidades do usuário”⁴.

Considerações finais

Os objetivos específicos do módulo de APS I incluem o aprendizado sobre determinação social da saúde, a compreensão dos aspectos teóricos e históricos da emergência da prática médica, o reconhecimento dos sujeitos e das práticas de saúde e a complexidade da atenção e Saúde comunitária. Além desses, estão incluídos o estudo dos elementos de pesquisa em Atenção Básica e a situação de saúde no Brasil, incluindo o entendimento do modelo assistencial, da regionalização e da municipalização de Saúde, em seus diversos níveis de assistência e sistemas de Saúde⁸.

Essa ementa foi executada concomitantemente à atividade prática da territorialização realizada pelos próprios alunos na composição da carga horária do módulo. Orientados pelos professores e por membros da equipe de Saúde das UBSs dos bairros, especialmente os ACSs, os discentes foram capazes de fixar o conteúdo de aprendizagem de forma ativa, produzindo conhecimento além das paredes de uma sala de aula. Utilizando metodologias ativas e submetidos ao impacto da comunidade em seus determinantes sociais de saúde e suas características multifatoriais, alunos e professores notaram uma maior sensibilidade no processo de aprendizagem.

Devido à efetividade desse modelo de ensino, o método será aprimorado e continuará a figurar no módulo de APS I, sendo responsável por introduzir os novos estudantes de Medicina à complexidade do serviço de Saúde por meio das várias facetas daquilo que, em um primeiro momento, aparenta ser um recorte simples e pequeno de um mapa.

Apesar das dificuldades enfrentadas, a experiência foi considerada, pelos alunos e professores que a conheceram a partir das atividades do módulo, uma unidade modelo na cidade de Parnaíba. Embora sua estrutura física esteja longe de figurar no topo do que há de mais moderno ou apropriado às diretrizes da ESF – afinal, existe em um ambiente que foi inicialmente construído como uma casa, e não como uma UBS –, é um local bem cuidado pelos profissionais responsáveis e pela comunidade. A equipe é pontual e organizada, capaz de planejar suas ações de acordo com os calendários nacionais de Saúde e de adaptá-las às características da população com a qual trabalha, de acordo com demandas e necessidades observadas.

Para além da produção imaginária de uma unidade modelo, ressaltamos aqui a superação dos grupos segmentados no ensino (docente e discentes), no serviço (agentes comunitários e demais profissionais) e na comunidade (participação social) e a aposta na perspectiva ético-estético-política no que devem comum desses múltiplos grupos, comunidade porvir¹⁶ e no devir grupo sujeito¹⁷ como dispositivos que nos fazem experimentar, problematizar e narrar a experiência da territorialização.

Colaboradores

Larissa Galas Justo, Ana Kalliny de Sousa Severo e Antônio Vladimir Félix-Silva trabalharam na concepção e redação do conteúdo intelectual do relato de experiência. Lorena Sousa Soares, Fernando Lopes e Silva-Júnior e José Ivo dos Santos Pedrosa trabalharam na revisão crítica do conteúdo intelectual do relato de experiência, bem como na aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Ferreira Neto JL, Kind L. Promoção da saúde: uma discussão teórico-metodológica a partir de Foucault. In: Lima EA, Ferreira Neto JL, Aragon LE, organizadores. Subjetividade contemporânea: desafios teóricos e metodológicos. Curitiba: CRV; 2010. p. 46-53.
2. Rolnik S. Políticas de hibridação: evitando falsos problemas. In: Lima EL, Ferreira Neto JL, Aragon LE, organizadores. Subjetividade contemporânea: desafios teóricos e metodológicos. Curitiba: CRV; 2010. p. 15-24.
3. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev Saúde Colet* (Rio de Janeiro). 2004;14(1):41- 65.
4. Haddad AE. Educação Baseada na Comunidade e as políticas indutoras junto aos cursos de graduação na Saúde. In: Bollela VR, Germani ACCG, Campos HH, Amaral E, editores. Educação Baseada na Comunidade para as profissões da Saúde: aprendendo com a experiência brasileira. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2014. p. 9-36.

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
6. Sucupira AC. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. SANARE (Sobral). 2003;4(1):11-4.
7. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trab Educ Saúde (Rio de Janeiro). 2010;8(3):387-406. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>
8. Ministério Da Educação (BR). Universidade Federal do Piauí. Projeto Pedagógico do curso de graduação em Medicina do campus de Parnaíba. Teresina (PI): Ministério da Educação; 2014.
9. Franco TB. Prefácio. In: Ribeiro CDM, Franco TB, Silva Júnior AG, Lima RCD, Andrade CS, organizadores. Saúde suplementar, biopolítica e promoção da saúde. 1a ed. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 13-7.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
11. Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2009.
12. Freire Costa J. Ordem médica e norma familiar. 2a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1983.
13. Ministério da Saúde (BR). Práticas de promoção da equidade em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
14. Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003.
15. Vagula E, Torres PL, Behrens MA. Avaliação da Aprendizagem no Ensino Superior: o Uso do Portfólio como Técnica Avaliativa. UNOPAR Cient Ciênc Human Educ (Londrina). 2015; 16(1):35-40.
16. Negri T. Exílio: seguido de valor e afeto. São Paulo: Iluminuras; 2001.
17. Barros RB. Dispositivos em ação: o grupo. In: Saúde e loucura 6. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 183-91.

Este relato discute a importância da territorialização para a formação médica a partir da análise de uma experiência de ensino em um curso de Medicina. O curso de Medicina nesta instituição de ensino superior está organizado por módulos, sendo um deles o módulo Atenção Primária em Saúde. Nele, desenvolveu-se a territorialização, com atividades vinculadas a cinco unidades básicas de saúde, registradas em diários cartográficos. Analisamos a experiência vivenciada em uma das unidades usando quatro eixos: a participação dos agentes comunitários de Saúde no ensino médico, aprendendo sobre equidade, a importância do vínculo equipe-comunidade, o protagonismo de estudantes, profissionais e comunidade e a aprendizagem por meio da territorialização. A análise da experiência demonstrou a importância da compreensão sensível ao mapeamento do território na perspectiva ético-estético-político do devir grupo sujeito para a Atenção Básica e atendimento conforme as necessidades da população.

Palavras-chave: Territorialização. Atenção Primária à Saúde. Educação Médica.

Territorialization in Primary Health Care: an experience in medical education

This paper discusses the importance of territorialization for medical education based on the analysis of a teaching experience in a medical course. The medical course in this higher education institution is made up of modules, one of which is the primary health care module. It addresses territorialization, with activities linked to five basic health units, recorded in cartographic journals. The experience in one of the units was analyzed using four axes: the participation of community health agents in medical training; learning about equity; the importance of the team-community bond; the role of students, professionals and the community; and learning through territorialization. The analysis of this experience showed the importance of understanding that is sensitive to territory mapping from the ethical-esthetic-political perspective of the devir of the subject group for primary health care and service, according to the needs of the population.

Keywords: Territorialization. Primary Health Care. Medical Education.

La territorialización en la Atención Básica: un informe de experiencia en la formación médica

Este relato discute la importancia de la territorialización para la formación médica a partir del análisis de una experiencia de enseñanza en un curso de medicina. El curso de medicina en esta institución de enseñanza superior está organizado por módulos, siendo uno de ellos el módulo Atención Primaria en Salud. En él se desarrolló la territorialización con actividades vinculadas a cinco unidades básicas de salud, registradas en diarios cartográficos. Analizamos la experiencia vivida en una de las unidades utilizando cuatro ejes: la participación de los agentes comunitarios de salud en la enseñanza médica, aprender sobre equidad, la importancia del vínculo equipo-comunidad, el protagonismo de estudiantes, profesionales y comunidad y el aprendizaje por medio de la territorialización. El análisis de la experiencia demostró la importancia de la comprensión sensible al mapeo del territorio en la perspectiva ético-estético-política del devenir grupo sujeto para la atención básica y atención conforme las necesidades de la población.

Palabras clave: Territorialización. Atención Primaria a la Salud. Educación Médica.

Submetido em 17/06/2016. Aprovado em 12/06/2017.

Vivência integrada na comunidade:

inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica

Ana Luiza de Oliveira e Oliveira^(a)
 Lucas Pereira de Melo^(b)
 Tiago Rocha Pinto^(c)
 George Dantas de Azevedo^(d)
 Marcelo dos Santos^(e)

Introdução

Em consonância com a Constituição Federal de 1988¹, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil vem acompanhando uma série de transformações na tentativa de reorientar a formação dos profissionais da Saúde. A partir de então, tem-se observado desafios para o governo brasileiro na tentativa de reformulação do modelo de Atenção à Saúde com base nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e na implementação de programas educacionais orientados para uma formação generalista e que apresente a APS como eixo estruturante da prática profissional². O presente artigo apresenta uma experiência de inserção longitudinal do estudante de medicina no SUS no interior do Rio Grande do Norte (RN) e, por isso, soma-se ao conjunto de iniciativas de formação médica em curso no país. Teve-se como objetivo relatar a experiência de planejamento pedagógico, pactuação com a rede de Saúde dos municípios envolvidos e os desdobramentos do módulo Vivência Integrada na Comunidade (VIC), oferecido do 2º ao 8º semestres do curso de Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas do RN, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM-UFRN).

Embora a APS tenha orientado a formulação das políticas de Saúde no Brasil, desde os anos 1990, somente em 2006 é colocada como uma política de Estado com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reformulada em 2011³. Dentre os obstáculos para a consolidação da APS no país, destaca-se a carência de médicos para atuar nesse nível de atenção de forma efetiva e eficiente, em especial nas regiões Norte e Nordeste. De acordo com Scheffer et al.⁴, apesar do aumento significativo do número de médicos, que vem ocorrendo desde os anos 1970, permanece a distribuição desigual, principalmente em relação à capital, ao interior e ao tamanho dos municípios brasileiros. Portanto, pode-se afirmar que a coexistência de áreas com hiperconcentração e com escassez de médicos impede, em última instância, a efetivação dos princípios e doutrinas que orientam o SUS, notadamente quando pensamos na universalidade, na integralidade e no acesso à saúde.

Todavia, cumpre destacar que, no Brasil, a dificuldade de fixação de profissionais médicos fora de capitais e grandes centros urbanos não é resultado

Rafael Barros Gomes da
 Câmara^(f)
 Pâmara Medeiros da
 Costa^(g)
 Ádala Nayana de Sousa
 Mata^(h)

^(a,b,c,d,e,f,g,h) Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Avenida Dr. Carlindo de Souza Dantas, 540, 2º andar, sala 204. Centro. Caicó, RN, Brasil. 59300-000. aluloli@gmail.com; lpmelo@ufrnet.br; tiagorp@emcm.ufrn.br; georgedantas.faimer@gmail.com; msantos_bio@yahoo.com.br; rafael_bgc@yahoo.com.br; pameramedeiros@yahoo.com.br; adalamata@gmail.com

apenas do número de profissionais existentes no país. O local onde se oferece a formação profissional é um fator importante, uma vez que há uma lacuna de instituições de ensino superior (IES), públicas ou privadas, em áreas remotas ou de difícil acesso no país. Esse problema tem sido foco de diversos programas e políticas desenvolvidas nos últimos vinte anos, sendo o Programa Mais Médicos (PMM)⁵, criado em 2013, a iniciativa governamental mais recente para o enfrentamento desse problema.

O PMM consiste em um amplo pacto de melhoria de atendimento aos usuários do SUS e de tentativa de aumentar a razão de médicos – de 1,8 para 2,7 médicos por mil habitantes – até o ano de 2026, em todo o Brasil. O PMM está estruturado em três eixos: i) provimento médico emergencial; ii) investimento na infraestrutura da rede de serviços básicos de Saúde; e iii) formação médica (graduação e programas de residência). É válido ressaltar que a região Nordeste é prioritária no provimento e fixação de profissionais, dada a razão de 1,32 médico por mil habitantes e a constatação de que cerca de 80% desses profissionais desempenham sua prática nas capitais, tornando o interior um ambiente com elevado índice de escassez profissional⁴.

Nesse sentido, os cursos de Medicina existentes – bem como aqueles originados no contexto da expansão e interiorização de novas vagas – viram-se diante da necessidade de rever seus currículos, estratégias pedagógicas e cenários de prática. O desafio se colocou em diversas instâncias, que envolveram a integração entre disciplinas e áreas dos cursos, a incorporação de métodos de ensino-aprendizagem centrados nos estudantes e a busca por uma maior integração com equipamentos sociais, serviços de Saúde e comunidade em geral⁶⁻⁹.

Associado à publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de graduação em Medicina¹⁰, o PMM abriu caminhos para que propostas inovadoras nos currículos e no processo ensino-aprendizagem fossem desenvolvidas na busca por uma formação médica generalista, humanista e reflexiva. A experiência pedagógica e de integração ensino-serviço-comunidade (IESC) relatada neste artigo é resultado desse contexto político-educacional mais amplo. Para tanto, é apresentada uma caracterização geral da EMCM-UFRN e, em seguida, da VIC como estratégia de inserção longitudinal do estudante de Medicina no SUS, além dos processos de pactuação com a gestão municipal e trabalhadores da Saúde. Por fim, são elencados alguns desdobramentos desta audaciosa e frutífera proposta.

Metodologia

Trata-se de relato de experiência acerca do módulo VIC, um componente curricular obrigatório desenvolvido na EMCM-UFRN. A implementação da VIC seguiu as seguintes etapas no ano de 2015 e no primeiro semestre de 2016: planejamento pedagógico e elaboração de manual de atividades para estudantes, supervisores, preceptores e gestores; pactuação com a gestão municipal e trabalhadores da saúde; e avaliação dos desdobramentos da VIC na formação do estudante de Medicina e na qualificação da rede de Saúde.

Nessa perspectiva, segue um relato de experiência que se apresenta como modelo de intervenção e desfecho¹¹ acerca do modo como a VIC foi construída e como pôde reverberar novas propostas de inserção longitudinal na formação do estudante de Medicina da EMCM-UFRN. Assim, faremos um percurso narrativo que se desenvolve a partir do contexto institucional indo ao encontro dos desdobramentos alcançados pela VIC até o ano de 2016.

O contexto

O contexto institucional no qual a experiência pedagógica objeto deste artigo tem sido conduzida é a EMCM-UFRN. Essa unidade acadêmica foi criada a partir da expansão de vagas em cursos de Medicina impulsionada pela Portaria MEC/SESU nº 109, de 5 de junho de 2012 e, a partir de 2013, também pelo PMM. Além disso, a EMCM-UFRN se coaduna com o conjunto de ações para interiorização das IES federais, que teve início com o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), instituído pelo Governo Federal por meio do Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007¹².

Desde a instituição do Reuni, a UFRN tem se destacado por sua presença no interior do RN, o que possibilitou fortalecer e reestruturar as unidades existentes e a criação de novas unidades. Dada sua natureza *multicampi*, a EMCM-RN envolve os *campi* de Santa Cruz, Currais Novos e Caicó, sendo este último município de sua sede administrativa. O curso de graduação em Medicina teve início em 25 de julho de 2014, com a proposta de formar médicos na rede de Saúde do interior, priorizando a vinculação do estudante à realidade social e de saúde da população com alinhamento de qualificada formação técnico-científica, ética e humanística. Para tanto, é missão da EMCM-UFRN o respeito à autonomia do estudante cadenciada por metodologias ativas de aprendizagem¹³, que permitam a compreensão do processo de produção, expressão e apreensão do conhecimento dentro de uma perspectiva de transformação da realidade.

Para além da formação profissional e sob o preceito da responsabilidade social, a UFRN instituiu em toda a universidade o Argumento de Inclusão Regional (AIR) por meio da Resolução nº 177-Consepe, de 12 de novembro de 2012, como forma de favorecer a vinculação do egresso à região na qual está sendo formado. O AIR é utilizado no Sistema de Seleção Unificada (Sisu) mediante um acréscimo de 20% na nota do candidato no processo seletivo. Têm direito ao AIR os candidatos que tiverem concluído o ensino fundamental e cursado todo o ensino médio em escolas regulares e presenciais das microrregiões onde se localizam as cidades com *campus* da UFRN no interior do estado (excluída a região metropolitana de Natal) ou em todas as microrregiões vizinhas, de acordo com a definição do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁴. A partir da implementação dessa política, atualmente, cerca de 67,5% dos estudantes do curso de Medicina da EMCM-UFRN são oriundos de municípios do sertão potiguar e paraibano.

Ademais, o projeto pedagógico do curso (PPC) está construído com base no desenvolvimento de competências por meio da utilização de um planejamento integrado do currículo e do emprego de métodos de ensino-aprendizagem centrados nos estudantes, principalmente a aprendizagem baseada em problemas (ABP) e a IESC. O PPC tem como eixos pedagógicos estruturantes o ensino tutorial, as habilidades clínicas, morfofuncionais e de comunicação e a IESC, em consonância com as DCNs¹⁰.

Nesse contexto, foi instituída uma estratégia para permitir que os estudantes conheçam, compreendam e atuem na rede de Saúde de seu município de origem ou em municípios da região na qual a EMCM-UFRN está inserida. A estratégia pedagógica não se limitou a uma imersão pontual e descontínua nos equipamentos de saúde, mas sim em oportunizar uma inserção longitudinal no SUS, desde os anos iniciais do curso. Como descrito a seguir, essa estratégia pedagógica é o componente curricular VIC.

O módulo VIC: uma experiência de inserção longitudinal do estudante no SUS

Partindo da concepção nietzschiana de “vivência” como uma possibilidade para quem vive uma experiência singular de se tornar o que é¹⁵, o módulo VIC tem o intuito de proporcionar uma experiência de aprendizagem no SUS, ao longo dos quatro primeiros anos do curso de Medicina, a fim de promover aprendizados técnico-científicos, humanos e éticos para os estudantes.

O módulo VIC é um componente curricular obrigatório, com 120 horas/aula, oferecido do segundo ao oitavo semestre do curso de Medicina, totalizando 840 horas⁶⁾. Cada módulo semestral tem duração de quatro semanas e os grupos

⁶⁾ As atividades do módulo VIC terão continuidade com os internatos obrigatórios do quinto e sexto anos, notadamente com os rodízios das áreas de “Medicina de Família e Comunidade” e “Urgência e Emergência”.

de estudantes são organizados de acordo com a capacidade da rede dos municípios envolvidos de recebê-los. Atualmente, quarenta estudantes da primeira, quarenta estudantes da segunda e quarenta estudantes da terceira turma do curso são recebidos em períodos distintos pelos municípios de Caicó, Currais Novos e Santa Cruz, onde permanecem durante um mês vivenciando a rede de Saúde em seus três níveis de Atenção.

O perfil socioeconômico, as características do Sistema de Saúde e da prática profissional, bem como os indicadores de saúde dessa região se aproximam do conceito de Medicina rural defendido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Nessa perspectiva, o eixo *multicampi* da EMCM se orienta pela expressão do rural “não necessariamente como sinônimo de agrícola [...] mas também de [...] áreas remotas e locais de difícil acesso”¹⁶ (p. 144). Nesse sentido, pela logística de distribuição dos estudantes nesses municípios, o módulo VIC contempla, também, os requisitos para o desenvolvimento de competências voltadas para a Medicina rural.

Tal constatação pode, em um futuro próximo, contribuir para o aumento da fixação de médicos na região, conforme experiências exitosas como a formação médica na Northern Ontario School of Medicine, no Canadá, que aumentou exponencialmente a escolha pela Medicina de Família desde a implantação do modelo de inserção longitudinal na instituição¹⁷.

Nessa perspectiva, a aproximação com a comunidade ganha contornos mais robustos e a APS passa a ser efetivamente o eixo estruturante das atividades do módulo VIC. De acordo com as Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina¹⁸, apesar de o saber e o agir médico estarem centrados no aprendizado da clínica (raciocínio clínico e semiológico), é imperioso que tal aprendizado também se dê por meio do ensino na APS, de forma longitudinal ao longo do curso, de preferência com inserções significativas em cenários reais e a partir do trabalho. Com base nisso, ao longo dos módulos de VIC, ocorre o aumento progressivo da autonomia e da competência clínica do estudante, o que implica na inserção gradativa nos serviços de Saúde dos três níveis de atenção do SUS. Assim, ao final da sétima vivência, espera-se que o estudante apresente, na prática e teoricamente, competências que garantam maior autonomia e compromisso técnico, ético e resolutivo com o SUS.

A proposta original do módulo era que o estudante pudesse realizar a VIC no seu município de origem, desde que localizado em um raio de até 200km da sede do curso. Aqueles que fossem naturais de município que não atendessem esse critério seriam distribuídos entre Caicó, Currais Novos e Santa Cruz. No entanto, a partir da segunda turma ingressante no curso, a logística de operacionalização do módulo nesse formato se tornou inviável, haja vista o aumento do número de estudantes oriundos de municípios da região – resultado do AIR. Tal fato levou a coordenação do curso a manter os estudantes distribuídos nos três *campi* da EMCM-UFRN.

Como apresentado na Tabela 1, Caicó, Currais Novos e Santa Cruz são municípios do interior do RN com população igual a, respectivamente, 67.747, 45.060 e 39.300 habitantes, segundo projeção demográfica do IBGE em 2016. Nos referidos municípios, os estudantes desenvolvem atividades em Unidades Básicas de Saúde (UBS) – local prioritário de permanência ao longo da VIC – e em equipamentos de Saúde da Atenção Secundária como centros de especialidades, Centro de Atenção Psicossocial (Caps), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e Centros de Reabilitação Infantil e Adulto (CRI/CRA). Na Atenção Terciária, os estudantes vivenciam a realidade do serviço hospitalar de cada um dos municípios.

Tabela 1. Descrição do número de estudantes e equipamentos de Saúde por município que recebe o módulo de VIC

Município	Nº de estudantes	Nº de equipamentos de Saúde por nível de assistência		
		Atenção Primária	Atenção Secundária	Atenção Terciária
Caicó	54	12	8	2
Currais Novos	30	6	6	2
Santa Cruz	36	6	6	2
TOTAL	120	32	20	4

Além das atividades desenvolvidas no SUS, privilegiamos a intersetorialidade de ações em consonância com a prática do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e, assim, os estudantes inserem-se na realidade de trabalho do Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e do Centro de Referência Especializado de Assistência (Creas).

As atividades acontecem em período integral e cada estudante está vinculado sempre à mesma UBS. As ações desenvolvidas nos outros níveis de atenção ou no Suas acontecem a partir da pactuação da coordenação do módulo com os equipamentos, adaptando a semana dos estudantes ao que o serviço oferece. Dessa forma, os estudantes são distribuídos semanalmente de modo a realizar um rodízio em suas atividades de acordo com a demanda de realidade. Já as instrumentalizações teóricas são realizadas nas sextas-feiras, em período integral, na sede da EMCM-UFRN.

Nas atividades práticas, cada estudante é acompanhado por preceptores de modo interprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de Enfermagem e Odontologia, agentes comunitários de Saúde, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais dos diferentes níveis de atenção. O preceptor é entendido como profissional com importante papel na inserção e socialização do estudante nos equipamentos por possibilitar que este vivencie o cotidiano dos serviços, evidenciando o caráter formativo do trabalho. Essa estratégia da preceptoria interprofissional faz borrar, portanto, os limites entre os saberes e práticas próprias de cada profissão, garantindo espaços de trabalho e educação que mobilizem competências colaborativas em Saúde. Além dos preceptores, o papel das articuladoras municipais é fundamental. Fruto do prêmio InovaSUS 2015 – Gestão da Educação na Saúde, cada município conta com duas articuladoras que são profissionais da gestão ou da rede de Saúde. Elas são responsáveis por mapear os equipamentos de Saúde local e dialogar com profissionais de Saúde do município, além de pactuar a organização das VICs com a coordenação de seus módulos. As docentes coordenadoras do módulo, uma da área de Saúde Coletiva e uma da Medicina de Família e Comunidade, são responsáveis pela condução do planejamento geral (pedagógico e logístico), pactuação com os municípios e organização operacional do módulo.

Além disso, periodicamente, é feita a supervisão in loco por docentes do curso. Cada município possui de um a dois docentes responsáveis por oferecer suporte pedagógico, estimular o estudante no processo ensino aprendizagem de competências e ajudar na construção da autoconfiança em uma prática reflexiva¹⁷. O papel do supervisor é garantir o cumprimento do cronograma de atividades propostas tanto pela coordenação do módulo quanto pelo estudante; mediar, quando necessário, a relação do estudante com preceptores e serviços; e realizar diálogos com a rede e, em algumas situações, atividades práticas supervisionadas em hospitais e ambulatórios. Somado ao papel do supervisor encontra-se o docente tutor responsável pela leitura dos portfólios crítico reflexivo produzidos pelos estudantes ao longo da VIC. Assim, a ponte entre o que o estudante vivencia e seu processo de aprendizado pode ter um diálogo perene e produtivo.

Esse componente curricular está distribuído na matriz curricular de modo a contemplar às diferentes competências gerais e específicas do médico desenvolvidas ao longo da formação (Quadro 1). Atividades como territorialização; apoio matricial; projeto terapêutico singular; educação e trabalho interprofissional; atendimento individual; educação em Saúde e educação permanente; inquéritos e visitas domiciliares; controle social; entre outras, são realizadas de modo a produzir no estudante uma visão ampliada da Medicina. Além dessas atividades, os estudantes desenvolvem competências do núcleo duro da prática médica em consonância com o conhecimento adquirido durante sua formação. Assim, cada VIC possui objetivos de aprendizados próprios e que podem consolidar o processo de aprendizado do estudante durante sua formação.

Conforme exposto, durante a VIC, o estudante atua dentro de uma semana-padrão na qual são distribuídas atividades práticas e teóricas. No planejamento dessas atividades, são observados os conteúdos e habilidades já trabalhados nos diferentes módulos oferecidos naquele semestre, como forma de garantir a integração dos componentes curriculares e a consolidação das habilidades estabelecidas nas DCNs. As atividades teóricas envolvem a reflexão e a problematização das

Quadro 1. Distribuição semestral dos módulos de VIC na matriz curricular do curso de formação em Medicina da EMCM-UFRN

	I SEMESTRE				II SEMESTRE				
Ano 1	Introdução ao estudo da Medicina (4)*	Concepção e formação do ser humano (7)	Metabolismo (7)		Vivência Integrada na Comunidade I (4)	Funções biológicas (7)		Mecanismos de agressão e defesa (7)	
Ano 2	Nascimento, crescimento e desenvolvimento (4)	Vivência Integrada na Comunidade II (4)	Percepção, consciência e emoção (6)	Proliferação celular (4)	Dor (4)	Vivência Integrada na Comunidade III (4)	Febre, inflamação e infecção (6)	Diarreia, vômito e icterícia (4)	
Ano 3	Saúde sexual e reprodutiva (8)	Vivência Integrada na Comunidade IV (4)	Problemas mentais e do comportamento (4)	Locomoção (3)	Pele (4)	Envelhecimento e Saúde (4)	Vivência Integrada na Comunidade V (4)	Saúde da criança (6)	
Ano 4	Fadiga, perda de sangue e anemia (6)	Dispneia, dor torácica e edema (6)	Vivência Integrada na Comunidade VI (4)	Ambiente e Saúde (3)	Distúrbios sensoriais, motores e da consciência (4)	Desordens nutricionais e metabólicas (4)	Emergências (4)	Vivência Integrada na Comunidade VII (4)	Terminabilidade e cuidados paliativos (3)
Ano 5	INTERNATO								
Ano 6	Clínica médica/cirurgia/Ginecologia e Obstetrícia/Pediatria/Medicina de Família e Comunidade								

*Os números entre parênteses referem-se ao tempo de duração de cada módulo curricular em semanas.

experiências dos estudantes em cada semana registradas em portfólios, além de conferências, aulas de habilidades clínicas, discussões de casos clínicos e apresentação de seminários.

No que tange ao planejamento do módulo, vale destacar alguns conceitos e princípios que o estruturam: a responsabilidade social da escola médica, a valorização de potencialidades locais para o ensino, o perfil de estudantes com maior vinculação regional, o envolvimento da comunidade, a integração com profissionais de Saúde que atuam em diferentes níveis de atenção nos municípios, a articulação efetiva com o sistema de Saúde e a adoção de um modelo de governança eficiente e adequado às características didático-pedagógicas do curso. Torna-se eminente a complexidade na elaboração e coordenação desse módulo, pois exige logística, pactuação e comprometimento do corpo docente de maneira articulada.

Como resultado em longo prazo, espera-se que a experiência de inserção longitudinal do estudante de Medicina no SUS potencialize a construção de vínculos com as equipes e comunidades locais, além de favorecer um conhecimento significativo sobre o sistema de Saúde regional. Portanto, o módulo VIC pode contribuir com a fixação do futuro profissional e reafirmar o mandato de responsabilidade social da EMCM-UFRN e seu modelo de formação acadêmica e social.

Pactuações e impactos na realidade social

A implantação e operacionalização do módulo VIC exige um amplo leque de ações e articulações anteriores à chegada dos estudantes aos equipamentos de Saúde, o que requer trabalho integrado

com as articuladoras, com a gestão e com as equipes de Saúde dos municípios. Esse trabalho engloba inúmeras reuniões e rodadas de negociação, nas quais são apresentados os objetivos dos módulos que serão oferecidos naquele semestre e o estabelecimento dos termos de compromisso entre a EMCM-UFRN e os municípios. Dessa forma, a pactuação prévia junto com os diferentes atores e cenários de atuação requer esforços no intuito de promover maior aceitação e sensibilização dos gestores e profissionais, assim como acordos de contrapartida da universidade na oferta de capacitação e instrumentalização das equipes de Saúde frente às necessidades e demandas de Educação Permanente apresentadas.

A qualificação profissional e formação ancorada pela Educação Permanente também se coloca como potente instrumento. Nesse sentido, nos anos de 2015 e 2016, foram realizadas 18 oficinas preparatórias de preceptores com uma ampla aderência de aproximadamente 220 profissionais dos municípios de Caicó, Currais Novos e Santa Cruz. Entendendo que todos os trabalhadores da Saúde dos municípios podem ocupar o papel de preceptor é de importância ímpar à valorização daqueles no processo de integração ensino-serviço-comunidade.

Outro elemento importante é a criação da Residência Multiprofissional em Atenção Básica, da Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil, da Residência em Medicina de Família e Comunidade e do programa de pós-graduação *stricto sensu* em Educação, Trabalho e Inovação em Saúde, na modalidade mestrado profissional pela EMCM-UFRN¹⁹. Seguindo a premissa de que a valorização do trabalhador-preceptor deve ser incorporada no processo seletivo do programa, há vagas destinadas para aqueles que atuam na rede de Saúde dos três municípios e que sejam preceptores em qualquer módulo VIC.

O impacto na gestão da Saúde na região pode ser pontuado pela efetivação de elementos previstos no escopo da Lei 12.871, de outubro de 2013²⁰, que instituiu o PMM, pois a VIC contribuiu para a constituição dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes), assinado por 41 municípios de duas regiões de Saúde do interior do RN. A partir desse contrato, espera-se que as responsabilidades das IES e dos diversos níveis da gestão sejam definidas e pactuadas, a fim de fortalecer a IESC no âmbito do SUS.

Ressalta-se que, no território de atuação da EMCM-UFRN, as ações que visam a IESC eram incipientes ou inexistentes em alguns municípios no momento da implantação da escola. Essa realidade coloca desafios a serem enfrentados, sobretudo na construção das redes de comunicação entre a universidade, a comunidade e os serviços. Assim, entende-se a IESC como a construção de redes dialógicas entre a universidade, o sistema de Saúde e os membros das comunidades locais. No interior dessas redes se estabelecem linhas de comunicação e de ação múltiplas, flexíveis, contextualizadas e articuladas com as necessidades de saúde da população e com as demandas por cenários de práticas reais para a formação do profissional de Saúde de nível superior. Nesse sentido, as redes engendradas por meio dessa integração visam ao compartilhamento de saberes e experiências, populares e científicas, entre sujeitos e instituições que se colocam como instituintes de um agir em saúde que passa, necessariamente, pelo compromisso com a defesa da vida da população e com a qualidade do ensino.

O “fato novo” representado ora pela presença e atuação de estudantes no serviço, ora pelo interesse da universidade em participar ativamente da gestão e da Atenção à Saúde no município expressa-se como elemento tensionador nas pactuações e de esclarecimento de papéis, como o da própria universidade, da gestão local do SUS e dos trabalhadores-preceptores. Essas situações acentuam a heterogeneidade entre as expectativas e necessidades da universidade e das redes de Atenção à Saúde, constatando que ainda são necessários ajustes e arranjos organizativos, a fim de diminuir a resistência e aumentar a permeabilidade para que ambos os lados possam ser beneficiados por essa experiência.

Além dos padrões de conduta cristalizados e da pouca abertura ao novo, entaves e obstáculos de outras naturezas podem ser pontuados como fatores que dificultam a inserção do estudante desde os anos iniciais do curso nos serviços de Saúde, a saber: 1) o receio dos profissionais em mostrar fragilidades e insuficiências técnicas; 2) a precariedade das condições e relações de trabalho; 3) o desejo por gratificação financeira; 4) o reconhecimento da limitação e despreparo; e 5) pouca valorização das atividades de cunho pedagógico em relação às atribuições assistenciais.

Isto posto, faz-se necessário ressaltar que são muitos os desafios a serem superados para que o papel formador do SUS seja efetivado e legitimado de fato, revelando que ainda é preciso avançar em vários aspectos, tais como: as instalações e condições de infraestrutura dos serviços de Saúde; a alta rotatividade de profissionais na composição das equipes de Atenção Básica; a ausência de insumos e equipamentos; a pressão por produtividade de indicadores de Saúde; e a ausência de espaços de Educação Permanente e de reflexão sobre o trabalho cotidiano²¹⁻²⁵.

À guisa de conclusão: a tarefa de reinventar-se

Como visto, o módulo VIC traz, no seu escopo, a necessidade de efetivo planejamento e da integração de forças entre estudantes, professores, profissionais e gestores. Nessa perspectiva, refletir sobre os caminhos traçados, repensá-los e propor novas possibilidades para a efetivação são fundamentais para manter e fortalecer a IESC, além de garantir formação de excelência para os estudantes.

Nesse caminho, consolidar e fortalecer as propostas de interiorização são tarefas prioritárias e devem compor as agendas não só dos agentes vinculados à universidade, mas também dos gestores e trabalhadores do SUS. Para tanto, reuniões com os gestores municipais e com os profissionais de Saúde devem ser realizadas periodicamente, assim como ações em Educação Permanente para todos os sujeitos envolvidos nesse processo. Em nossa experiência, tem se mostrado eficiente a realização de oficinas com os preceptores e o oferecimento de cursos de especialização *lato sensu* e de mestrado profissional.

Dentro do processo formativo, a inserção desses estudantes no processo de trabalho em saúde das equipes possibilita uma formação crítica, humanística e ética. A aposta é que com a diversificação dos cenários de prática, a convivência com as equipes multiprofissionais e a inserção longitudinal na rede, o estudante incorpore conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a construção da atuação médica centrada na pessoa e sensível às realidades do sistema de Saúde.

Colaboradores

Todos os autores participaram ativamente da concepção, da discussão dos resultados e da redação do artigo. Ana Luiza de Oliveira e Oliveira, Tiago Rocha Pinto e Lucas Pereira de Melo realizaram, ainda, a revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(2):262-70.

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Scheffer M, (coordenador). Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2015.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
6. Feuerwerker LCM. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: Marins JN, et al (orgs). Educação Médica em transformação. instrumentos para construção de novas realidades. São Paulo: ABEM, Hucitec; 2004. 17-39.
7. Sisson MC. Identidades profissionais na implantação de novas práticas assistenciais. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(1):116-22.
8. Lampert JB, Costa NMSC, Perim GL, Abdalla IG, Aguiar-da-Silva RH, Stella RCS. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(1):19-34.
9. Tesser CD. Contribuições das epistemologias de Kuhn e Fleck para reforma do ensino médico. Rev Bras Educ Med. 2008; 33(1):98-104.
10. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União 23 Jun 2014.
11. Léo CCC, Gonçalves A. Modalidades metodológicas em pesquisa científica, a partir de recortes da experiência de saúde coletiva, epidemiologia e atividade física da Unicamp. Rev Educ Física. 2010; 21(3):411-41.
12. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais(REUNI). Diário Oficial da União. 25 Abr 2007.
13. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?. Interface (Botucatu). 1998; 2(2):139-54.
14. Resolução nº 177-CONSEPE-UFRN, de 12 de novembro de 2013. Dispõe sobre o estímulo ao acesso à Universidade dos estudantes que residem no entorno dos locais de oferta dos cursos da UFRN no interior. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
15. Viesenteiner JL. Nietzsche e a vivência de tornar-se o que se é. Campinas: PHI; 2013.
16. Ando NM, Targa LV, Almeida A, Silva DHS, Barros EF, Schwalm FD et al. Declaração de Brasília - o conceito de rural e o cuidado à saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011; 6(19):142-4.
17. Strasser R, Worley P, Cristobal F, Marsh DC, Berry S, Strasser S, et al. Putting communities in the driver's seat: the realities of community-engaged medical education. Acad Med. 2015; 90(11):1466-70.
18. Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, et al. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. Rev Bras Educ Med. 2012; 36(1):143-8.
19. Melo LPM, et al. A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades. Interface (Botucatu). Forthcoming 2017.
20. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.

21. Feuerwerker LCM, Capozzolo AA. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saúde. In: Capozzolo AA, Casseto SJ, Henz AO, organizadores. Clínica comum: Itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 35-57.
22. Pinto TR, Cyrino EG. Profissionais de saúde como professores: tensões e potências nas práticas de ensino na atenção primária à saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2014.
23. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviços no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. Rev Bras Educ Med. 2008; 32(6):356-62.
24. Pizzinato A, Gustavo AS, Santos BRL, Ojeda BS, Ferreira E, Thiesen FV, et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. Rev Bras Educ Med. 2012; 36(1):170-7.
25. Trajman A, Assunção N, Venturi M, Tobias D, Toschi W, Brant V. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(1):24-32.

Propostas inovadoras para o processo ensino-aprendizagem nos cursos de Medicina vêm sendo desenvolvidas em busca de uma formação profissional generalista, humanista e crítica. A partir da aprovação do Programa Mais Médicos (PMM), novas escolas foram criadas adotando metodologias de ensino ativas e promovendo maior integração ensino-serviço-comunidade. Este artigo é um relato de experiência sobre o desenvolvimento do módulo Vivência Integrada na Comunidade no curso de Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, que oportuniza ao estudante uma inserção longitudinal no sistema de Saúde em municípios do interior do Nordeste. Essa proposta vem promovendo maior integração entre a universidade, os gestores e os trabalhadores da Saúde. A aposta é a de que este módulo poderá contribuir com a fixação do médico na região e fortalecer o sistema de Saúde no interior do Brasil.

Palavras-chave: Educação baseada na comunidade. Educação médica. Programa Mais Médicos. Atenção Primária à Saúde.

Integrated experience in the community: Health System longitudinal insertion as medical education strategy

Innovative teaching-learning process proposals for medical courses have been developed for generalist, humanistic, critical professional education. Beginning with approval of the More Doctors Program, new schools were created, adopting active teaching methodologies and promoting further community-service-teaching integration. This paper is an experience report on the development of the Integrated Experience in the Community module in the medical course at the Multicampi School of Medical Sciences of Rio Grande do Norte, which provides students with longitudinal insertion opportunities in the healthcare system of the hinterland towns of the Brazilian Northeast region. This proposed module has been promoting further integration between the university managers, and healthcare workers. The goal of this module is to contribute to securing physicians for in the region and strengthening the healthcare system in the Brazilian hinterland.

Keywords: Community-based education. Medical education. More Doctors Program. Primary Health Care.

Vivencia integrada en la comunidad: inserción longitudinal en el Sistema de Salud como estrategia de formación médica

Se han desarrollado propuestas innovadoras para el proceso enseñanza-aprendizaje en los cursos de medicina a la búsqueda de una formación profesional generalista, humanista y crítica. A partir de la aprobación del Programa Más Médicos se crearon nuevas escuelas, adoptando metodologías de enseñanza activas y promoviendo una mayor integración enseñanza-servicio-comunidad. Este artículo es un relato de experiencia sobre el desarrollo del módulo "Vivencia integrada en la comunidad" en el curso de Medicina de la Escuela Multicampi de Ciencias Médicas de Rio Grande do Norte que proporciona al estudiante una inserción longitudinal en el sistema de salud en municipios del interior del Nordeste de Brasil. Esta propuesta ha promovido una mayor integración entre la Universidad, los gestores y los trabajadores de la salud. La apuesta es que este módulo podrá contribuir con la fijación del médico en la región y fortalecer el sistema de salud en el interior de Brasil.

Palabras clave: Educación basada en la comunidad. Educación médica. Programa Más Médicos. Atención Primaria a la Salud.

Submetido em 13/06/2016. Aprovado em 02/06/2017.

Provimento médico no sistema de saúde da Austrália:

uma conversa com Megan Cahill

Medical recruitment and retention in the Australian health system:
a dialogue with Megan Cahill

Recrutamiento y retención de médicos en el sistema de salud de Australia:
un diálogo con Megan Cahill

Tazio Vanni^(a)

Antonio Pithon Cyrino^(b)

Anna Cristina Rodopiano de Carvalho Ribeiro^(c)



Megan Cahill foi uma das principais convidadas para participar do “Seminário Internacional Processo de Integração, Educação e Trabalho e o Impacto no Cuidado: o papel da formação e da educação permanente nas Redes de Atenção ordenadas pela Atenção Básica”, realizado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, em Brasília, nos dias 17 e 18 de setembro de 2014, quando concedeu esta entrevista.

À época era chefe da *General Practice Education and Training* (GPET), organização australiana financiada pelo governo federal daquele país, responsável pela formação dos médicos de família.

Megan Cahill é nutricionista. Atuou em Saúde Comunitária, em hospitais e em pesquisa acadêmica, analisando a alimentação humana em áreas de baixa renda. Trabalhou no Reino Unido por aproximadamente cinco anos no planejamento da Atenção Primária no sistema nacional de saúde inglês. Ao retornar para a Austrália, atuou em organização de apoio aos médicos de família locais e no planejamento da força de trabalho, serviços clínicos e gestão de relações e acordos de financiamento nas esferas federal e estadual, em departamentos estaduais de saúde. Atualmente, Megan Cahill é chefe-executiva da Rural Workforce Agency Victoria (RWAV), organização não governamental australiana financiada pelo governo federal do país, destinada a melhorar a saúde de comunidades rurais, regionais e aborígenes em Victoria.

^(a) Instituto Butantan, Avenida Vital Brasil, 1500. São Paulo, SP, Brasil. 05503-900. taziovanni@gmail.com

^(b) Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Unesp, Botucatu, SP, Brasil. acyrino@fmb.unesp.br

^(c) Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Unesp, Botucatu, SP, Brasil. criscarvalho2000@gmail.com

POLÍTICAS AFIRMATIVAS NO ACESSO À FORMAÇÃO MÉDICA

Na Austrália, há muitas maneiras de entrar na faculdade de Medicina. Quando o aluno conclui o ensino médio faz um exame [...] e se tiver uma nota alta o suficiente entra na faculdade. Se tiver feito outro curso antes, por exemplo, Farmácia ou Enfermagem, há outro exame que se pode fazer e, se conseguir boa nota, é permitido começar o curso de Medicina.

Na Austrália, 25% dos alunos devem vir de zonas rurais. Para esses alunos, mais importante do que sua nota é seu local de residência. Portanto, mesmo que não consigam nota alta, ingressarão no curso porque vêm de uma área rural.

Para os aborígenes a probabilidade de entrar na escola de Medicina será ainda maior porque não há médicos aborígenes em número suficiente. Este ano (2014), foi a primeira vez que a porcentagem de alunos de Medicina aborígenes refletiu essa população: atualmente 2,5% dos alunos desse curso são aborígenes, percentual semelhante para a população geral.

Há muitos programas e organizações que apoiam e orientam médicos e alunos aborígenes durante o curso para que continuem sua formação.

POLÍTICAS DE PROVIMENTO MÉDICO EM ÁREAS RURAIS E REMOTAS: A VIVÊNCIA COMUNITÁRIA DURANTE A FORMAÇÃO MÉDICA

Na Austrália, [...] se começarmos pelas faculdades de Medicina, todas elas, exceto uma universidade, estão envolvidas em um esquema de treinamento clínico rural.

Na escola médica existe a bolsa de estudo *John Flynn Scholarship*.

John Flynn foi um dos primeiros médicos rurais na Austrália. Ele criou o “serviço médico aéreo”: a cada ano, durante quatro ou cinco anos da universidade, alguns alunos passam duas semanas na mesma comunidade. O objetivo desse programa é aprender sobre a vida na comunidade rural e não sobre a prática clínica. É mais no sentido de “é assim que você pode se sentir parte da comunidade”.

Também há bolsas para médicos. Você tem o curso pago se for trabalhar em uma área rural quando se formar. Então, quanto mais remoto o lugar, menos tempo você trabalhará. É um sistema de progressão invertida.

Temos duas formas diferentes de categorizar a necessidade de profissionais: segundo regiões remotas ou escassez de médicos, porque algumas áreas urbanas não possuem médicos suficientes.

Há outro esquema em que, se houver falta de profissionais, você também pode obter uma bolsa de estudos. No treinamento para médico de família, a política do governo estabelece que metade dos nossos médicos precisa ter treinamento em áreas rurais e remotas. Assim, 52%, no momento (2014), estão em treinamento nessas áreas. Tal treinamento para formar médicos de família ocorre após o término do curso de Medicina, do internato, da residência e do registro profissional^(d).

A organização que eu dirijo^(e) forma médicos de família. O programa tem 13 anos e envolve 17 instituições que fornecem esse treinamento em toda a Austrália. Para alocar treinamentos que atendam a essas cotas algumas estão localizadas em áreas rurais e outras em áreas urbanas.

No primeiro ano do programa houve a oferta de 400 vagas e 650 candidatos e, no ano seguinte, 1.500 vagas e 2.200 candidatos, claramente mais competitivo. Em 2015, 1.500 médicos foram admitidos. Visto que é um

^(d) Essas etapas têm uma duração de um ano para o internato, bem variável para a residência, já que algumas pessoas são residentes por um bom tempo. O treinamento para médico de família dura em média 3,8 anos, variando em diferentes instituições entre três e quatro anos.

^(e) General Practice Education and Training (GPET).

modelo de formação, as instituições são contratadas para encontrar clínicas e fornecer treinamento aos médicos nesses lugares. Contudo, está ficando mais difícil encontrar clínicas suficientes nas áreas rurais e remotas para treinamento, porque os médicos após o treinamento tornam-se médicos de família e permanecem nesses locais. Assim, não há mais consultórios disponíveis para os médicos em treinamento.

PROGRAMAS DE PROVIMENTO MÉDICO EM ÁREAS RURAIS

Há várias questões referentes aos programas de incentivo que requerem maior atenção.

Eu não faria como se tem feito na Austrália, onde um político tem uma ideia brilhante e oferece uma bolsa ou um incentivo; depois, no ano seguinte, outro político, outra ideia brilhante e outro esquema de incentivo. Enfim, as regras podem ser diferentes ou não, mas certamente poderiam ser mais eficientes do que são.

Eles estimulam os médicos a irem para áreas rurais e remotas oferecendo mais recursos. Há programas de substituto temporário - porque, provavelmente, uma das maiores dificuldades de atrair médicos para as áreas rurais é que eles não têm tempo livre para feriados ou para fazer um curso. Esse programa, financiado pelo governo, treina médicos da cidade para trabalharem como substitutos em áreas rurais e melhorarem suas habilidades em emergência médica, anestesia, cirurgia e obstetrícia. Eles fazem um curso de curta duração e depois trabalham como substitutos - é um programa de menor sucesso -. Outro esquema oferecido é a criação de campus de várias universidades em região rural, as Escolas Clínicas Rurais. A maioria das escolas de Medicina agora tem uma escola clínica rural para que os alunos façam a maior parte do curso nas áreas rurais. Uma das coisas que aprendemos é que você deve criar um campus para formação na área rural.

A Constituição que guia o nosso país não permite o recrutamento. Quando o governo quis introduzir essa obrigatoriedade, nossa associação médica argumentou que a constituição australiana não permite que as pessoas sejam recrutadas. É por isso que temos de colocar todo o nosso foco em levar as pessoas para as áreas rurais e remotas durante o curso, seja na faculdade de Medicina ou em treinamento profissionalizante, porque assim que elas recebem a bolsa, podem ir para qualquer lugar da Austrália. Precisamos tentar fazer com que permaneçam nesse estágio inicial e, como eu disse, as evidências mostram que, se você foi à escola primária [rural], que é o primeiro nível de escolaridade, esta é uma boa indicação de que você vai continuar. Um estudo recente mostrou que, se você prestar algum serviço médico rural enquanto estiver na universidade ou nos anos de estágio e residência, isso também é um bom indicador que você ficará nessa região.

Os médicos precisam ir à escola de Medicina na região rural. Eles precisam fazer seu estágio, sua residência e depois sua especialização em uma área rural, porque se voltarem para a cidade para continuar o curso, não retornam mais à região, pois todos estão na idade de se casar e ter filhos. É preciso promover isso nas áreas rurais e não nas áreas urbanas. Na verdade, eu acho que o melhor programa para fazer com que as pessoas permaneçam nas áreas rurais é um serviço de namoro *online*! Acho que se muitas pessoas tiverem parceiro já com carreira na área rural, a probabilidade de ficarem é maior. Porém, se estiverem na cidade, na maioria das vezes o seu parceiro terá emprego lá, como advogado, contador ou médico.

Para tentar atrair profissionais muitos municípios construíram unidade médica e ajudaram os familiares a encontrar acomodação e emprego. Isso é cada vez mais comum nos municípios. É uma solução específica, principalmente nas comunidades que batalharam para ter um médico de família. É quando os municípios, geralmente, colocam esse esquema em prática.

Existe também uma organização de médicos rurais, em cada estado, que oferece grande apoio aos profissionais dessas comunidades. Essa organização - que iniciou como movimento local, mas passou a receber recursos do governo federal - fornece um programa de atualização aos médicos e desenvolve programas de apoio as suas famílias, como um fim de semana na praia. Enquanto os médicos fazem treinamento suas famílias realizam atividades sociais.

DEMAIS PROGRAMAS DE INCENTIVO AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Acho que estamos falando, principalmente, dos médicos, mas há também várias bolsas e incentivos para outros profissionais de saúde. Porém, para os médicos existem há mais tempo e, por isso, temos mais informações sobre seu funcionamento. Os que são para Enfermagem, Odontologia e outros profissionais de saúde são mais novos e semelhantes, em termos de fornecer incentivo para as pessoas irem às áreas rurais. As escolas clínicas rurais agora estão se expandindo para além do fornecimento de remédios. Elas também terão enfermeiros e outros profissionais de saúde. As pessoas estão aprendendo a trabalhar em equipe e atenderão melhor desta forma quando terminarem seu treinamento. É o esquema *Rural Clinical Training and Support* (Treinamento e Apoio Clínico Rural).

Ele engloba os profissionais que atendem na saúde e, de forma semelhante, os departamentos universitários de saúde rural, por isso são específicos para diferentes especialidades. Agências de Força de Trabalho Rural apoiam todas as profissões da saúde: médicos, enfermeiros e outros profissionais. Há um em cada estado, assim como treinamento em serviços de saúde controlados pelos aborígenes para profissionais de saúde aborígenes, que é uma função bem específica, além de educadores culturais e de saúde.

EDUCADORES E MENTORES CULTURAIS: ESTRATÉGIA PARA VÍNCULOS E SEGURANÇA CULTURAL NO TREINAMENTO MÉDICO

Outro componente importante dos nossos serviços em áreas rurais e remotas é o nosso serviço médico para aborígenes. Embora a maioria dos aborígenes more nas cidades, existem muitas unidades de saúde para os aborígenes apenas em áreas rurais e remotas. Nossos médicos treinam nessas unidades e têm o apoio das pessoas que chamamos de *educadores culturais* e *mentores culturais*, porque a história aborígene é aquela de que o homem branco invadiu suas terras e de que a sua saúde é muito pior do que a de muitos outros australianos. Seu sistema de relacionamento é bem diferente dos modelos ocidentais.

Temos idosos, em cada comunidade, que dizem ao médico em treinamento: “esta é a história da nossa região, não se deve falar sobre certas coisas e pode falar sobre outras coisas”, porque, muitas vezes, no atendimento às comunidades aborígenes, os médicos devem perguntar às pessoas como elas estão, como está a família e, no fim, perguntar sobre a sua saúde. Você tem de seguir um processo para criar um relacionamento, muito mais do que em uma cultura ocidental ou europeia. Parte do nosso programa utiliza esses *educadores culturais* e *mentores culturais* para orientar os médicos nessas comunidades.

O treinamento também especifica a frequência da visita e, obviamente, no início da formação haverá alguém lá, ao final de quase toda consulta. A supervisão é mais intensa no início do treinamento. À medida que as pessoas progridem, exige-se menos. Os *educadores culturais* e os *mentores culturais* estão presentes o tempo todo para mediar dúvidas entre as diferentes culturas. Podemos chamar isso de segurança cultural.

TENSÕES E DESAFIOS NOS PROGRAMAS DE PROVIMENTO MÉDICO

A maior parte do financiamento dessas políticas de provimento médico é federal. Na atenção primária também é federal; eles brigam entre si, e um culpa o outro, enquanto os hospitais estão a cargo do estado.

Com relação a alguns dos outros programas, se você é médico e foi formado no exterior, talvez no Brasil, e quer trabalhar como médico de família na Austrália, para ter acesso aos recursos federais

terá de trabalhar em uma região rural ou remota por até dez anos. Não acho isso uma boa ideia, porque colocará pessoas novas em nosso sistema australiano - novas em relação à nossa língua, novas em relação à nossa cultura, em um ambiente muito incompatível. A taxa de retenção é muito baixa, eles cumprem os dez anos e vão direto para a zona urbana. E cumprem os dez anos, porque sendo formados no exterior, só conseguem obter os recursos de financiamento para médicos de família da Austrália, de origem federal, se receberem do governo o "número de provedor", o qual só é concedido se forem para área rural ou remota. Muitas pessoas acreditam que esta não é uma boa maneira de fazer as coisas e eu também não recomendaria isso, pois acredito que é necessário ter habilidade especial e realmente querer trabalhar nessas comunidades rurais e remotas. Penso também que forçar as pessoas não é uma boa ideia, pois nossa experiência mostra que, assim que termina esse período de dez anos, elas retornam à cidade.

Muitas vezes você pode trabalhar menos que dez anos. Se você for para um local muito remoto, você só precisa trabalhar cinco anos lá. Por outro lado, se você estiver perto da cidade, você terá de trabalhar os dez anos. Então, tudo varia com base nessa perspectiva. Minha organização administra o programa da rede OTD (Overseas Trained Doctors) - Médicos Formados no Exterior, com duas áreas de foco: uma é para médicos que se formaram no exterior e querem obter o que chamamos de registro geral na Austrália. Para se inscrever no Conselho Médico você deve passar nos exames. Então, esse programa ajuda no treinamento para conseguir a aprovação, mas não temos tido uma participação muito alta nele. A outra área é de um programa que tem se tornado popular e que ajuda os médicos formados no exterior a obter treinamento para médico de família. Uma avaliação é feita sobre a aprendizagem necessária de cada médico e um programa de aprendizagem individual é desenvolvido. Quando eles concluem esse programa, fazem os exames. Vimos médicos que passaram nos exames depois de serem reprovados quatro ou cinco vezes. É um programa de grande apoio e funciona muito bem porque está focado não apenas nas habilidades necessárias, mas também na aprendizagem da cultura australiana, mostrando também como funciona o Sistema de Saúde da Austrália. Eu acho que é por isso que tem sido um sucesso.

O PROCESSO DE ALOCAÇÃO: DISTRIBUIÇÃO, CRITÉRIOS E SELEÇÃO PARA MÉDICOS DE FAMÍLIA

Na Austrália, é bem difícil, porque não temos recrutamento para áreas remotas. Você só pode tentar atrair pessoas pagando mais.

Nós temos um sistema de classificação que divide o país conforme seu nível rural. Há cinco categorias diferentes as quais usamos e vemos quantos médicos existem em cada uma delas e, com base nessa proporção, alocamos o número de estagiários para a área. É assim que fazemos nossa alocação. Analisamos a população de uma área e depois trabalhamos com base em aproximadamente 1:1500 e vemos quantos médicos são necessários. Alocamos os médicos em treinamento para tentar alcançar essa proporção, mas é mais complexo porque, no papel, pode parecer que precisamos de um médico em um local específico, mas se você conversar com o provedor de treinamento, ele vai dizer: "Esta é uma prática ruim, eu não colocaria um médico estagiário lá." Às vezes, há uma necessidade, mas o serviço não tem consultório sobrando, não tem a infraestrutura física para treinar. Você pode considerar isso em nível nacional e fazer a alocação, mas precisa acompanhar de perto nossos provedores de treinamento para encontrar o melhor lugar para a formação e onde os educadores estão. O governo, nas últimas eleições, fez promessas de financiamento de obras de construção para aumentar a capacidade de treinamento em áreas rurais e remotas.

Temos também um processo de seleção para o treinamento. Identificamos oito critérios para ser um médico de família. Nós temos duas formas de teste que verificam esses critérios e então conferimos ao candidato uma pontuação. Os critérios do exame são a resiliência e uma combinação de características clínicas e de personalidade, e fazemos várias validações. Os dois exames medem essas características e mostram alta correlação.

Quando ele se inscreve para o treinamento, precisa nomear os provedores que sejam de sua primeira preferência e segunda preferência. As regiões de Melbourne, Sydney e Brisbane são as mais populares, desta forma, as pessoas com maior pontuação tendem a ir para essas áreas. Se a pontuação não for tão alta, o candidato provavelmente colocará sua primeira preferência fora dessas áreas para aumentar suas chances de passar. Também temos certo poder de decisão, de oferta, assim, em cerca de 5% das vagas, se o provedor já tiver conhecido o médico em algum treinamento de preparação na área, este médico pode ter preferência, mesmo que sua pontuação não lhe permita ingressar no treinamento desse provedor.

Com a implementação desse esquema de alocação a taxa de desistência diminuiu.

Estamos no fim de um estudo que mostra que, se os candidatos tiverem pontuação alta como parte da seleção, terão pontuação alta quando fizerem os exames finais e, se eles tiverem baixa pontuação na seleção, eles provavelmente precisarão de ajuda e apoio durante o treinamento e não irão tão bem nos exames. Há evidências de que o processo de seleção prevê o desempenho durante a carreira. E os canadenses deram um passo adiante e mostraram que os que vão mal na escola de Medicina e no treinamento de preparação profissional, geralmente, são aqueles que são mais criticados [pelos pacientes] e perdem seus registros profissionais. É bem interessante.

Quando os médicos estão em treinamento em medicina de família precisam ir para essas áreas para onde enviamos, mas quando terminam o treinamento podem ir para qualquer lugar. O mercado decide. Assim que você recebe a bolsa, significa que pode ter acesso ao pagamento do governo e criar um serviço de Medicina de Família ou clinicar em qualquer lugar da Austrália. Se quiser trabalhar em área rural, poderá receber mais, mas não há um sistema. Você pode ter treinado em um serviço, em uma cidade remota e eles oferecerem vaga nesse serviço, mas também podem não oferecer.

A diferença começou a ser percebida nos últimos anos quando analisamos onde estão nossos médicos em treinamento: há aumento nas partes mais remotas da Austrália, uma vez que eles têm permanecido nessas áreas.

Fizemos um estudo de acompanhamento (*follow-up*) para ver onde os profissionais estavam um, três e cinco anos após o treinamento. Cinco anos após o treinamento 40% dos médicos ainda estavam nas áreas rurais e remotas; e três anos depois, 60% ainda estavam nas regiões rurais e remotas. Eu acho que está certo, mas acho que devemos reconhecer que novamente uma das dificuldades das comunidades rurais é que, muitas vezes, elas não têm boas escolas. Com isso, quando seus filhos chegam ao ensino médio eles querem voltar para a cidade. Eu acho que está tudo bem que os profissionais trabalhem em uma área rural por cinco ou dez anos, retornem à cidade quando seus filhos crescerem e depois possam voltar às áreas rurais quando (seus filhos) se tornarem adultos.

CENÁRIOS DA MEDICINA DE FAMÍLIA: TRABALHO E CARREIRA

A carreira de médico de família, na Austrália é, muitas vezes, vista como uma carreira menor em relação ao médico que atua no hospital. Os cirurgiões cardíacos ou ortopedistas se acham melhores. Um médico de hospital, às vezes, ganha mais, porém, trabalha mais horas. Por outro lado, vemos as preferências de cada geração na Austrália: as pessoas querem trabalhar meio período e, particularmente, muitos dos jovens médicos atuais querem trabalhar como médico de família, talvez, três dias da semana. Eles querem trabalhar com Saúde Mental, drogas ou álcool ou em prisões, um dia da semana, e querem passar o outro dia da semana com seus filhos ou sua família.

A Medicina de Família está se tornando mais atraente porque é mais flexível quanto ao como você trabalha e pela variedade de atividades que você pode fazer. Descobrimos que as 12 semanas que o médico júnior faz como parte do estágio de Medicina de Família é o período mais popular, porque é quando eles estão em contato com os pacientes e podem tomar decisões clínicas. Por outro lado, no período no hospital, como existem muitos estagiários - às vezes, há seis em volta de um paciente - nunca conseguem, de fato, praticar medicina. Então, este tem sido um programa de muito sucesso

atraindo mais pessoas para a Medicina de Família como carreira. Certamente, se você trabalha em áreas rurais há todos os incentivos e bônus e o fato de que, se mudar da cidade para uma área rural será remunerado para isso, o que também pode ser muito bom em termos financeiros.

Quanto ao plano de carreira para o médico de família: provavelmente, não existirá uma trajetória que talvez ocorra em carreira hospitalar. Agora, vemos mais pessoas trabalhando em um serviço como contratado. Elas não são donas do serviço, não querem comprar o serviço, só querem ser um médico: entrar, ver os pacientes, sair. É cada vez mais comum ver serviços formados por grupos grandes, com 10 ou 12 médicos de família, além de enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e outros profissionais, tudo em uma única instalação. Isso está se tornando mais comum e alguns médicos de família têm se tornado educadores médicos (preceptores), pessoas que treinam a próxima geração de médicos de família ou supervisionam os médicos em treinamento em seu serviço.

Em uma área rural, também se trabalhará no hospital local, como anestesista ou cirurgião geral ou obstetra. Como parte do treinamento para trabalhar em áreas rurais, os médicos de família fazem mais procedimentos; com isto, eles sempre praticam emergência médica e, geralmente, têm como especialidades adicionais: anestesia, obstetrícia ou cirurgia. A telessaúde tem permitido que os médicos de família trabalhem mais sob a supervisão de consultores experientes. Então, eu acho que isso está ajudando de novo, em termos de conseguir fazer mais, embora, provavelmente, não exista de fato uma carreira para os médicos de família na Austrália.

EDUCAÇÃO MÉDICA: TREINAMENTO CLÍNICO, PRÁTICA ACADÊMICA E EDUCAÇÃO PERMANENTE

Para manter o seu registro médico na Austrália é necessário realizar treinamento contínuo e a cada ano comprovar que mantém suas habilidades. Você pode fazer isso *online* - as Agências de Força de Trabalho Rural (*Rural Workforce Agencies*) oferecem fins de semana com treinamento – e, às vezes, você terá médicos da cidade para ajudar a treinar médicos de família e manter suas habilidades atualizadas. Portanto, há muitas e diferentes ofertas de educação continuada e o serviço de substituição dos médicos é parte importante para que possam ter tempo livre e se manter atualizados.

Em nossa formação profissional em pós-graduação temos três áreas principais: formação clínica normal; Educação, porque é o modelo de formação no qual precisa haver pessoas que se tornem professores e obtenham habilidades pedagógicas para diversas qualificações de pós-graduação em educação para o ensino de Medicina de Família; e a terceira área, Prática Acadêmica. Como parte desses programas, os médicos podem cumprir período acadêmico com financiamento por 12 meses para elaborarem projeto de pesquisa que contará em sua formação. Esperamos assim, que isso motive a próxima geração de médicos de família acadêmicos a fazerem pesquisas focadas na prática geral e que alguns deles façam doutorado em assuntos específicos da Medicina de Família.

VENCENDO DISTÂNCIAS...

Somos um pouco como o Brasil, grande parte da nossa população está próxima do litoral. A maioria dos australianos vive na costa e é, realmente, importante tentar apoiar pessoas que trabalham em outras regiões.

Uma parte vive em regiões remotas e, de fato, trabalha lá, mas há também supervisão remota via telessaúde, telefone ou *Skype*. Os supervisores fornecem apoio e treinamento, mas precisam fazer, pelo menos, se o período for de seis meses, quatro visitas presenciais por período, para avaliarem os registros dos profissionais. Um problema que temos, e eu não sei se acontece no Brasil, é para o alojamento dos profissionais que estão treinando em áreas remotas. Às vezes, não há

acomodações disponíveis para as pessoas passarem seis meses vivendo lá. Em muitas regiões remotas, principalmente, em grandes áreas de mineração, existem poucos alojamentos e são muito caros para que os alunos morem lá e paguem 2.500 dólares (australianos) por semana por um galpão de lata. Uma outra agência, na Austrália, está se dedicando à criação de alojamentos para estagiários em áreas rurais e remotas. A agência federal *Health Workforce Australia* é uma das que financiaram várias acomodações para enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde. Obviamente, às vezes, nossos provedores de treinamento fornecem alojamentos também, particularmente, nas comunidades aborígenes.

APROXIMAÇÕES POSSÍVEIS ENTRE OS SISTEMAS DE SAÚDE AUSTRALIANO E O BRASILEIRO

Um grande relatório foi elaborado, em 2013, avaliando todos os programas do país que tratam da força de trabalho na saúde, e a análise das várias iniciativas rurais faz parte desse relatório.

Espero que possam aproveitar o melhor do que outros países já fizeram e aprender com os nossos erros. O Brasil tem uma situação semelhante, pois é um país de grandes dimensões, com muitas comunidades bem pequenas, o que é difícil.

Na Austrália, eu acho que para os cuidados primários é mais fácil dizer: OK, é isso que queremos alcançar. Porém, em relação aos cuidados secundários acho mais difícil decidir onde você vai alocar serviços para permitir um bom acesso.

Particularmente, na Austrália, o governo federal é responsável pelos cuidados primários, os estados são responsáveis pelos hospitais e alguns cuidados para as comunidades, mas se vê políticas que não estão conectadas; então, eu não sei se há desafio semelhante, no Brasil.

O Departamento de Educação federal é que define o número de alunos nas escolas médicas. Então, na verdade, existem dois departamentos envolvidos em nível federal. O Departamento de Educação financia as universidades, mas recebe recomendações do Departamento de Saúde quanto ao número de vagas de médicos necessárias. Mas, às vezes, o Departamento de Educação não ouve o Departamento da Saúde e decide sozinho.

PERSPECTIVAS PARA OS PROGRAMAS DE PROVIMENTO MÉDICO NA AUSTRÁLIA

Eu acredito que temos agora uma coordenação melhor entre os vários programas. Eu disse que temos dez programas diferentes com várias regras e incentivos. Eu penso que ficaria mais simples se pudéssemos juntar todos para que não houvesse tantos programas e para que tivéssemos apenas um conjunto de regras. Eu acho que isso criaria mais eficiência e haveria mais dinheiro para apoiar pessoas em treinamento em áreas rurais e remotas.

O programa continua apoiando jovens das zonas rurais e remotas a irem para a universidade, motivando-os a terem uma carreira em Medicina de Família. Novamente, não sei se acontece o mesmo no Brasil, mas em escolas do ensino médio em áreas rurais e remotas, muitas vezes a pontuação acadêmica do aluno não é tão alta quanto em uma escola da cidade. Com isto, o programa os ajuda com unidades educacionais e mostra-se importante no enfrentamento das desigualdades.

Eu acredito que é importante manter o que estamos fazendo. Uma das coisas mais relevantes é ter esse canal de treinamento em uma área rural, para que se possa fazer todo treinamento sem ter que ir para a cidade, exceto por curtos períodos para formação especializada, como anestesia ou obstetrícia. Eu acho que quando as pessoas vão para a cidade não voltam mais. Então, é importante poder criar esse canal de treinamento entre a escola de Medicina, pré-especialização, especialização, em todas essas áreas rurais. Isso é fundamental. Quando se olha para as novas universidades, o foco deve ser a criação desse canal médico para garantir vagas para os médicos assim que terminarem o curso de Medicina e vagas para treinamento especializado. Na Austrália, aumentamos o número de escolas e alunos de Medicina, mas não pensamos nos próximos passos. Agora, corrigimos o problema de estágio, mas temos um ponto crítico no treinamento especializado, portanto, realmente, deveríamos ter pensado nisso antes de aumentar as escolas médicas. Nós não fizemos isso muito bem.

Palavras-chave: Médicos de família / provisão & distribuição. Zona rural. Austrália.

Keywords: General practitioners / supply & distribution. Rural areas. Australia.

Palabras-clave: Médicos de familia / provisión & distribución. Medio rural. Australia.

Submetido em 04/09/2017. Aprovado em 18/09/2017.

Das portarias aos bloquinhos:

arte e apoio institucional ao Projeto Mais Médicos para o Brasil

Heloísa Germany^(a)
 Luciano Bedin da Costa^(b)
 Flavia Liberman^(c)
 Henrique Caetano Nardi^(d)

Para iniciar uma conversa pelo olhar periférico

Mudar o nível da percepção: trata-se de um solavanco que abala o mundo classificado, o mundo nomeado (o mundo reconhecido), e, por conseguinte, liberta uma verdadeira energia alucinatória¹. (p. 220)

Porque estamos a falar de mais de um lugar em um só tempo e de mais de um tempo em um só lugar. Uma volta ao mundo em 80 dias ou, como tão bem anuncia Cortázar, uma volta ao dia em 80 mundos². Um lugar: o apoio institucional ao Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Um tempo: dois anos de trabalho com o projeto. Os lugares: da Arte, da Educação, da Saúde. Os tempos: de sermos artistas, de sermos apoiadoras, de sermos militantes, de sermos usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), de sermos um alguém qualquer. Nessas voltas e mundos corremos incansavelmente atrás desse saber “saúde” que não foi e nunca será o suficiente. A cada nova investida, novos problemas se abrem, resultando em uma nova saúde a ser reinventada. Talvez porque essa corrida não esteja relacionada a um ponto de chegada, mas sim a um processo de se colocar em movimento, apostar nos encontros, agregar gestos de potência e produzir-se em novos olhares.

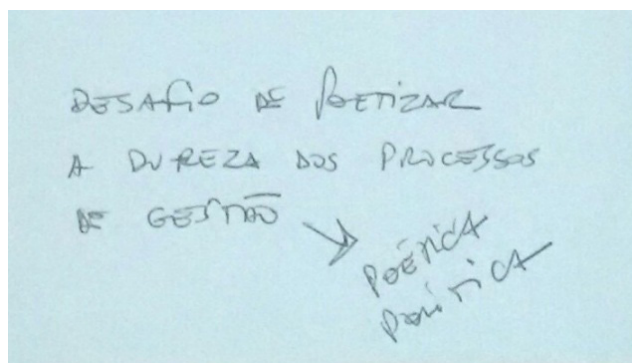


Figura 1. Registro da artista-apoiadora em bloco de anotações

^(a) Curso de Medicina, Núcleo de Ciências da Vida, Centro Acadêmico do Agreste, Universidade Federal de Pernambuco. Rodovia BR-104, Km 59, s/nº. Nova Caruaru. Caruaru, PE, Brasil. 55.002-970. heloisagermany@gmail.com

^(b) Departamento de Estudos Básicos, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. bedin.costa@gmail.com

^(c) Departamento Saúde, Clínica e Instituições, Campus Baixada Santista, Universidade Federal de São Paulo. Rua Silva Jardim, 136. Santos, SP, Brasil. 11015-020. toflavia.liberman@gmail.com

^(d) Departamento de Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. hcnardi@gmail.com

Ainda que sejamos apoiadora(e)s, ou ainda gestora(e)s, psicóloga(o)s, terapeutas ocupacionais, médica(o)s, prezamos por uma cadência profissional ética tanto quanto por um olhar obtuso e periférico³. Em decorrência da velocidade contemporânea da informação e de toda produção discursiva ao redor do PMMB desde sua implementação, uma questão que nos parece pertinente é pensar outras estratégias de olhar, provocando, quiçá, perspectivas outras de avaliação. Muito se falou e ainda se fala – *slogans*, manchetes, notícias, fatos e factoides –, camadas de discursos que, por vezes, vestem-nos como corpulentos e enfadonhos capotes. No entanto, mesmo parecendo um tanto tolo diante de macroindicadores em Saúde (e talvez assim o seja), pensamos ser necessário trabalhar igualmente na captura de instantes, detalhes e minúcias com o PMMB. Este ensaio pretende, pois, dar visibilidade aos encontros produzidos por uma artista visual pertencente à equipe de Apoio Institucional, tendo como preocupação constituir uma paisagem sensível composta de anotações e registros produzidos individualmente e junto com um coletivo de apoiadores de vários estados brasileiros. Como mais um dos frutos desse processo de criação junto com o apoio institucional, é apresentado ao fim deste ensaio uma proposta artística que culminou em uma exposição realizada no Ministério da Educação, em Brasília.

Mesmo considerando a importância de determinados indicadores relativos ao método, lógica, eficácia, estatística, economia e gestão, trataremos, aqui, em vislumbrar respeito também aos saberes de que se propõem nossas vísceras, das relações viandantes com tempos outros e da grande razão que se desprende dessa coisa chamada corpo. Como pequenas e frágeis epifanias, tais imagens pretendem aludir a uma possível poética política junto com o PMMB, mostrando que determinados protocolos de trabalho (mesmo os mais burocráticos) são capazes de acionar desejos e disparar processos de criação.

O apoio institucional do PMMB como tessitura interministerial

Implementado em 2013, o Projeto Mais Médicos para o Brasil surge a partir de um amplo debate entre a sociedade civil e instâncias representativas do Estado⁴. Foi impulsionado por uma série de reivindicações populares de usuária(o)s e gestora(e)s municipais e estaduais, que clamaram pela criação de políticas públicas nacionais que pudessem ampliar a quantidade de médica(o)s para o SUS, garantindo maior equidade na distribuição ao longo do território nacional. Com o provimento, iniciou-se também um movimento de reflexão sobre a necessidade de investimento e reformulação no que diz respeito à formação desses profissionais. Desse modo, o PMMB passa a transcender o setor da Saúde, assumindo uma dimensão interministerial para a vigência de suas bases legais e cumprimento efetivo de sua complexidade. Além do Ministério da Saúde, sua gestão é assumida igualmente pelo Ministério da Educação (MEC), hibridizando lugares, saberes e práticas ainda hoje estanques ou de difícil mistura. A proposição dessa nova tessitura de gestão implicou na necessidade de criação de instâncias que pudessem dar conta dos processos educativos singulares relacionados ao PMMB. A formação de uma equipe de apoio institucional foi uma iniciativa da Diretoria de Desenvolvimento de Educação em Saúde (DDES) da Secretaria de Ensino Superior (Sesu), implementada em março de 2014 com o objetivo de ampliar as ações do MEC nos territórios de atuação do PMMB. Trata-se de uma estratégia para o fortalecimento da supervisão acadêmica em apoio à tutoria nos processos de planejamento, monitoramento e promoção de espaços de diálogo entre seus diferentes agentes. Desde sua implementação, o trabalho de apoio institucional descentralizado tem acompanhado processos de planejamento, coleta de dados e supervisão em cada estado da União, corroborando para o fortalecimento dos momentos de educação permanente e oferta das práticas pedagógicas junto com o projeto.

Dessa forma, enquanto apoiadora(e)s do MEC, a atuação acontece em prol da horizontalidade dos processos de trabalho, integração e diálogo constante com a(o)s profissionais envolvida(o)s no PMMB em todos os estados do país. Trata-se de uma tarefa nada fácil frente a tantas divergências, conflitos de interesse, disputas de poder e atravessamentos que inevitavelmente ocorrem nos territórios. Nesse sentido, é necessário também que a(o)s apoiadora(e)s sejam apoiada(o)s. Para dar conta dessa grande rede de apoio, a equipe de Apoio Institucional MEC (Aimec) passou a realizar encontros bimestrais em Brasília e com a(o)s demais integrantes da DDES. Trata-se de momentos nos quais sensações

e experiências são compartilhadas, assim como a apreensão de novas tecnologias de trabalho, resultando na qualificação dessas ações em relação aos estados. E esse diálogo se dá a partir de diversos formatos, como rodas de conversa, grupos de trabalho, leitura de textos, seminários, *coffee break*, etc.

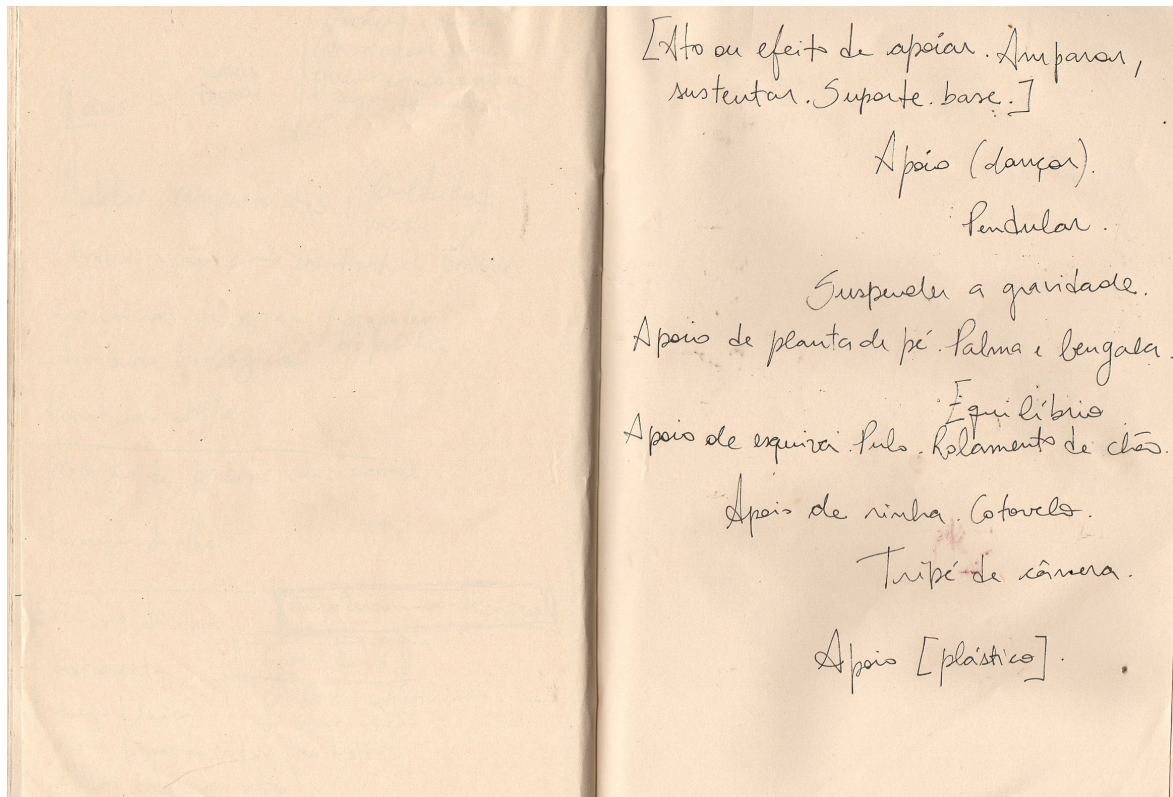


Figura 2. Registro da artista-apoiadora em bloco de anotações

Descolando-se hifograficamente

Texto quer dizer Tecido; mas enquanto até aqui esse tecido foi sempre tomado por um produto, por um véu todo acabado, por trás do qual se mantém, mais ou menos oculto, o sentido (a verdade), nós acentuamos agora, no tecido, a ideia gerativa de que o texto se faz, se trabalha através de um entrelaçamento perpétuo; perdido neste tecido – nessa textura – o sujeito se desfaz nele, qual uma aranha que se dissolvesse ela mesma nas secreções construtivas de sua teia. Se gostássemos dos neologismos, poderíamos definir a teoria do texto como uma *hifologia* (hyphos é o tecido e a teia da aranha)⁵. (p. 74-75)

Como a tal aranha que se desfaz nas secreções construtivas de sua própria teia, a artista lança sua hifografia ao PMMB, do qual faz parte enquanto apoiadora institucional. Todavia, mais do que um método de pesquisa, a hifografia se mostra como método para habitar o mundo, uma forma de ler, ver e tecer realidades outras diante do império de signos estereotipados, das palavras de ordem e clichês agenciados ao longo desses últimos anos a respeito do PMMB. Antes de mera inteligência crítica, trata-se de colocar o corpo em jogo, um corpo que lê os macro e microacontecimentos, que a eles também se enreda, para então rabiscar algo, alguns vagueios, zigue-zagues, rumores.

Corpo que se constrói à medida que se perde, que vacila, que junta os pedaços e que experimenta traços e palavras que possam dar língua à miríade de afetos produzidos. Para isso, tomamos a relação barthesiana entre óbvio e obtuso¹, que parece garantir um certo respiro ao discurso. Trata-se de constituir algo entre a obviedade das cenas apontadas e aquilo que a elas resiste, um trabalho eminentemente sensível e por parte daquele que se propõe à aventura de olhar com o corpo todo. Por meio da hifografia, interessa-nos pensar o PMMB a partir dos três níveis de sentido apontados por Barthes¹: um nível informativo, no qual se concentram os elementos reconhecíveis do PMMB (histórico e legais); um nível simbólico, relativo à significação, no qual o que interessa é menos o significado dos elementos, mas aquilo a que estes representam; e um terceiro sentido (insituável), que surge a partir da resistência àquilo que busca de forma imediata visibilidade e significação.

Será tudo? Não, pois ainda não posso separar-me da imagem. Leio, recebo (provavelmente, em primeiro lugar), evidente, errático, teimoso, um terceiro sentido. Eu não sei qual é o seu significado, pelo menos não consigo nomeá-lo, mas vejo bem os traços, os acidentes significantes de que este signo, desde então incompleto, é composto [...] não sei se a leitura deste terceiro sentido tem fundamento¹. (p. 48)

Será este “não saber” ao que chamaremos de obtuso, que fará interrogação à leitura e permitirá a captação poética de uma cena (no nosso caso, de cenas vivenciadas no PMMB). Trata-se deste um terceiro sentido, um suplemento sígnico capaz de rumorejar certezas ou convicções prévias. Enquanto os dois primeiros níveis, ainda que em graus diferentes, pertençam ao nível do óbvio (*obvius*, “que vem à frente”), o terceiro é o que se abre ao infinito do sentido, tão desconcertante quanto um ângulo obtuso de 130°.

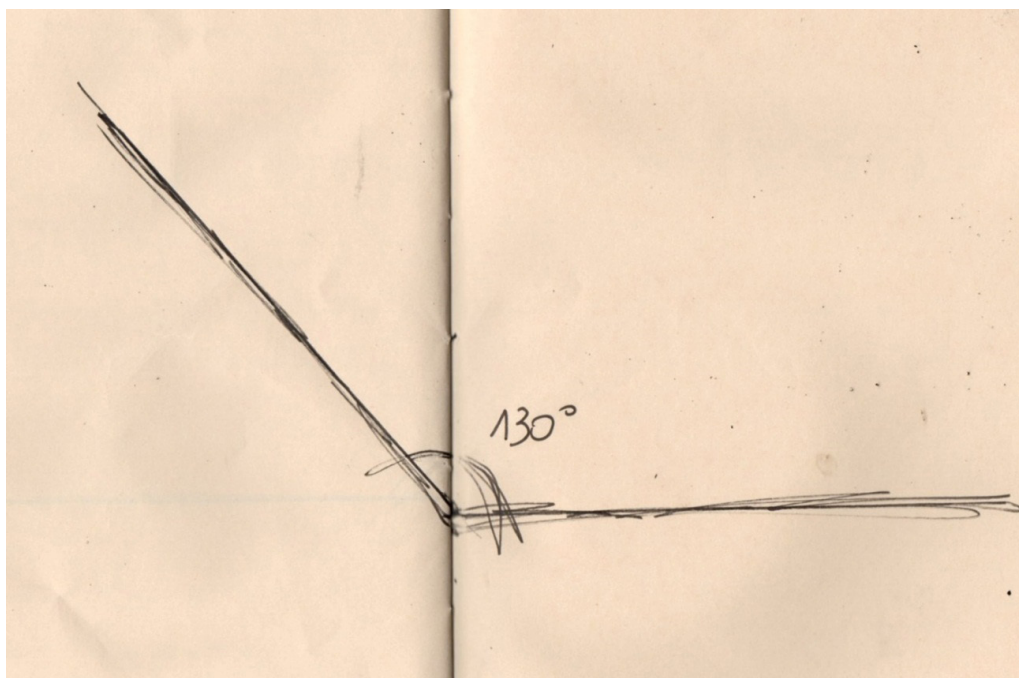


Figura 3. Registro da artista-apoiadora em bloco de anotações

Enquanto o eixo horizontal garante certa sustentabilidade, o vertical despenca diagonalmente, apontando para um infinito. Mas existe ali uma falácia em 90°, uma outra linha (não tão linha) que comporta uma fenda – ou (dobra) do papel. Um tal eixo y que não é eixo, mas sim costura⁶. (p. 29)

Enveredar-se pelo obtuso, por esse terceiro sentido, é, pois, ampliar a teia de verbos relativa a uma pesquisa: ver, ler, escrever e também escutar.

No paradigma clássico dos cinco sentidos, o terceiro sentido é a audição (considerado o mais importante pelos medievais); é uma coincidência feliz pois trata-se mesmo de uma escuta [...] a escuta (sem referência à foné única) detém em potência a metáfora que melhor convém ao <<textual>>: a orquestração, o contraponto, a estereofonia¹. (p. 48)

Tendo consigo leis, portarias, dados e planilhas para consulta, a artista-apoiadora também faz uso de instrumentos poéticos. Ao lado do que costumeiramente chamamos de política (esta calcada nas normativas, resoluções e documentos institucionais), interessa-lhe a literatura dos momentos, as palavras que se fazem à luz das ranhuras, que lhe chegam sempre um pouco antes ou depois. Por meio de bloquinhos confeccionados pela artista, também distribuídos a um grupo de apoiadores do Brasil, delineia-se uma sutil cartografia de acontecimentos e percepções micropolíticas, a trama hifográfica de fios quase imperceptíveis que também compõem o PMMB.

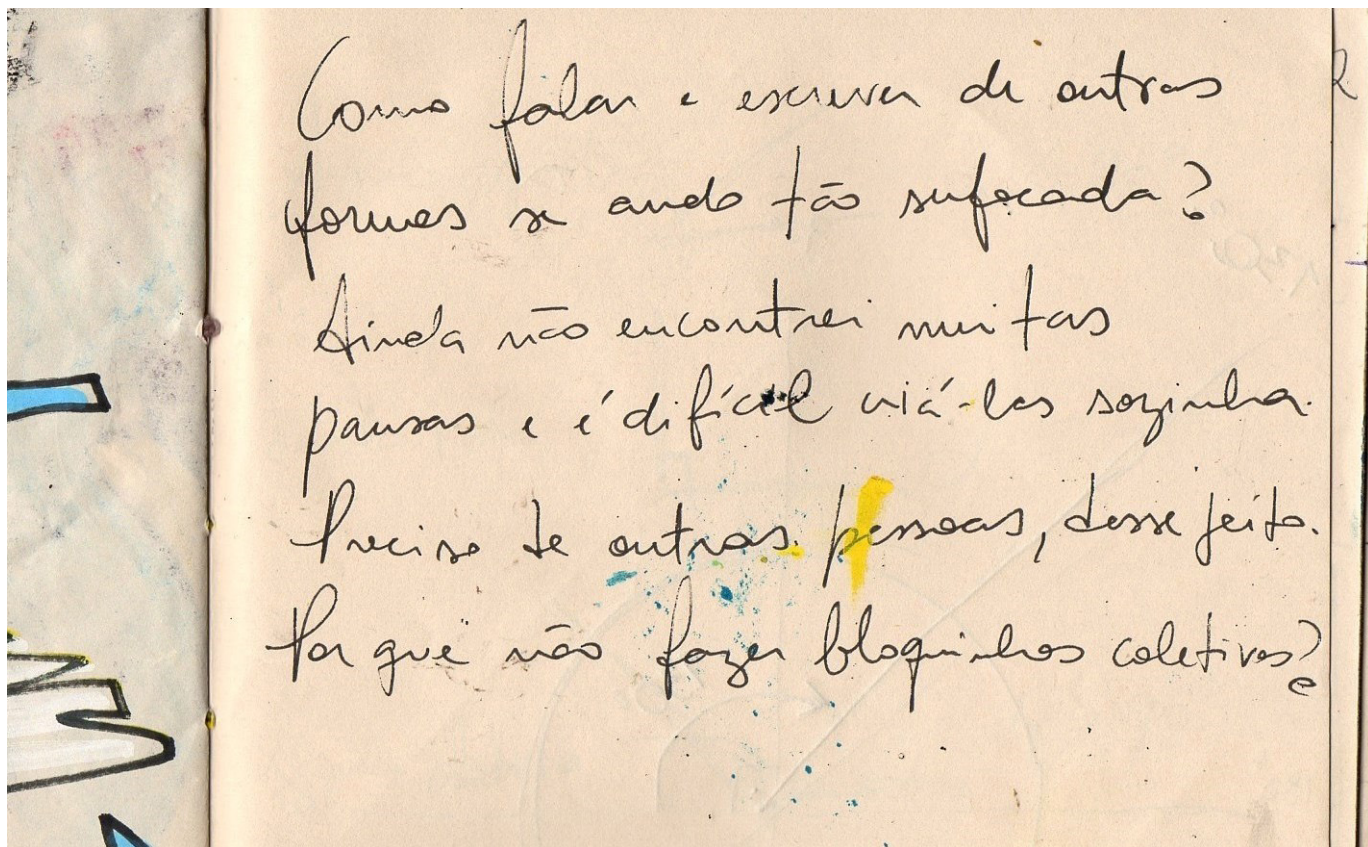


Figura 4. Registro da artista-apoiadora em bloco de anotações

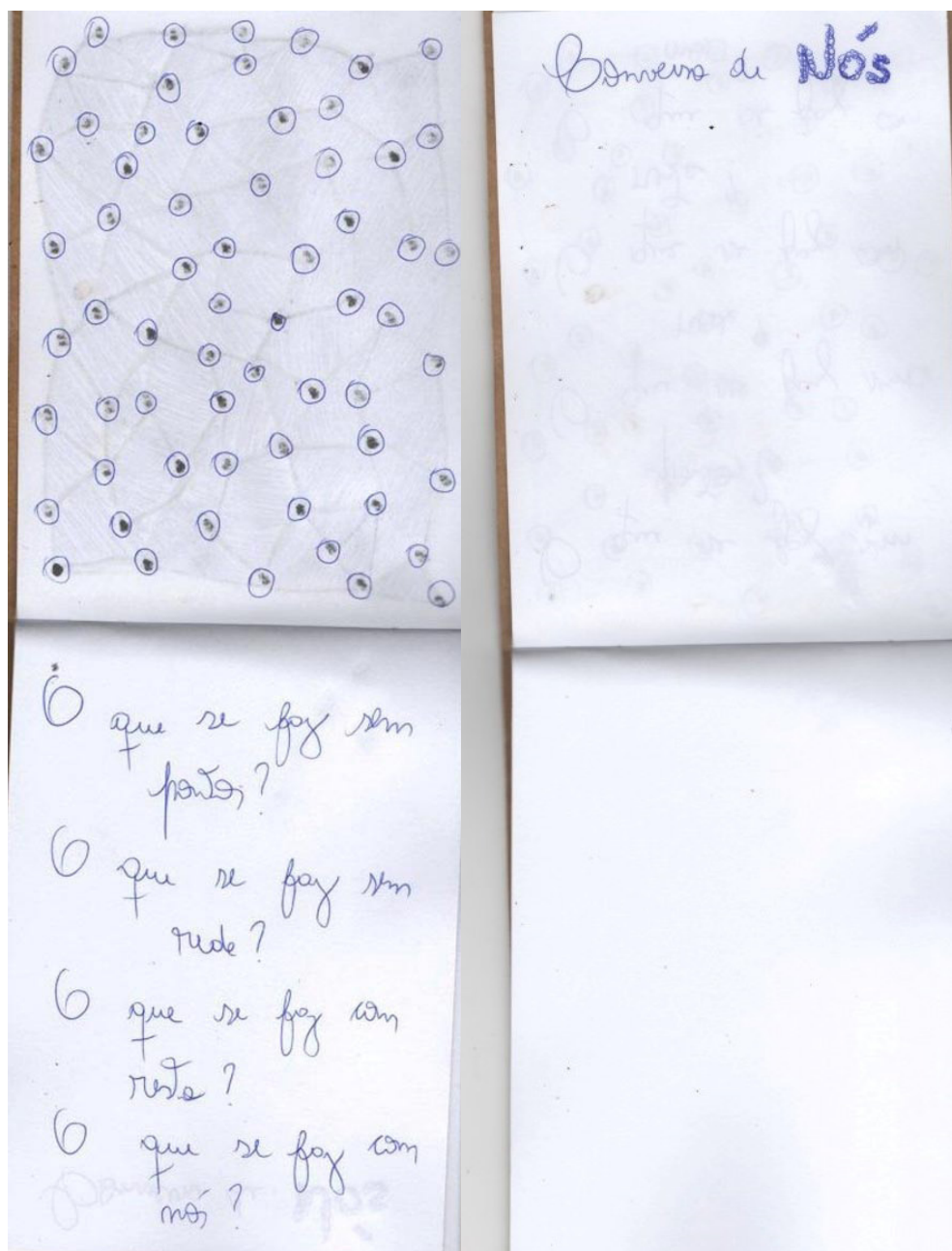
A arte/teia ampliada e os bloquinhos

O recurso do bloquinho como registro cotidiano é uma prática corriqueira entre artistas. São cadernos de diversos tamanhos e modelos, adquiridos em qualquer papelaria, livraria ou mesmo feitos em casa. De capa dura, mole ou em tecido, com páginas de maior ou menor gramatura, funcionam como superfícies sensíveis e de fácil portabilidade. Alguns desses bloquinhos, confeccionados artesanalmente pela artista-apoiadora, foram compartilhados com outros apoiadores durante um encontro nacional do PMMB, realizado no ano 2015 em Brasília. Juntamente com canetinhas, pincel, grafite e carvão, tais blocos circularam durante os três dias do encontro, nos quais cada apoiador era convidado a se expressar livremente. Cerca de 15 bloquinhos foram distribuídos ao grande grupo, sendo que apenas alguns retornaram (e com algumas folhas em branco). É absolutamente compreensível que, diante de uma agenda intensa em Brasília e com questões urgentes pulsando, fosse realmente difícil se desligar do óbvio. No entanto, deu-se a inscrição de pequenos e anônimos registros, que configuram, a nosso ver, uma sutil hifografia relativa ao PMMB naquele momento.



Figura 5. Registro de apoiado(a) descentralizado(a) em bloco de anotações

Algumas vezes, durante a trajetória de artista-apoiadora, escutou-se a seguinte pergunta: “mas e o que tu estás fazendo aqui?”. Em outras, o rechaço nos olhos e até mesmo na fala de alguns médicos e profissionais de Saúde que pareciam não entender como poderia uma cidadã não médica, e ainda artista, querer dialogar também sobre essa temática. Pois então, talvez a pergunta não seja mais sobre o que se faz no PMMB, mas sim sobre o que é possível provocar a partir dessa estranheza produzida sempre que um nós é acionado.



Figuras 6 e 7. Registro de apoiado(a)r descentralizado(a) em bloco de anotações

Em exposição (um caminho improvável)

Em 2015, na manhã do primeiro dia de mais um encontro técnico da equipe do Apoio Institucional no Ministério da Educação em Brasília, estava lá, no saguão a caminho do auditório onde seriam realizadas as atividades, uma exposição de desenhos produzidos pela artista-apoiadora. Foi um convite à travessia de um caminho improvável com intervenção visual no momento de chegada dos colegas, com objetivo de promover um acolhimento sensível e, ao mesmo tempo, causar certo estranhamento diante de tal ação artística como ruptura estética de um espaço rijo e burocrático por essência.



Figura 8. Registro fotográfico da exposição produzida pela artista-apoiadora

Ali, sobre as frias pastilhas azulejadas de uma instituição, estavam expostos corpos desenhados com café e nanquim.

São estes.
delineados, sombreados, mas não menos reais.
Corpos expostos.
Aqui, não nomeados.
Curvados, eretos.
Altivos, quebradiços. Em queda.
Desejantes, tímidos.
Andrógenos.
Sentados, dançantes.
Homoafetivos, meditantes.
Fállicos.
Amarelos, cinzas.
Mutilados, em risco.
Multi-risco de caneta nanquim.
Manchados, aguados, cafeinados.
Em fundo branco.
Corpo esse, qualquer, que merece cuidado.
Meu, teu.
Nosso.
De todos⁶. (p. 83)





Figura 10. Desenho da artista-apoiadora em bloco de anotações

Contornos finais...

Como já apontado, escrever sobre o apoio institucional no PMMB é algo desafiador. Estamos latentes, fervilhantes, em foco. Não é fácil falar de algo tão disruptivo quando ainda não temos um distanciamento histórico-temporal razoável. No entanto, a história não é somente a dos tempos demasiadamente pretéritos. Do presente é possível acessarmos um calor todo especial, aquele que por vezes se confunde ebriamente com os fatos, mas que necessariamente convoca os corpos a dizer ou a fazer algo. Foi essa nossa aposta com este ensaio. Em outro momento, certamente nossa hifografia seria outra. Diríamos e rabiscaríamos outras coisas. E nunca seria o suficiente.

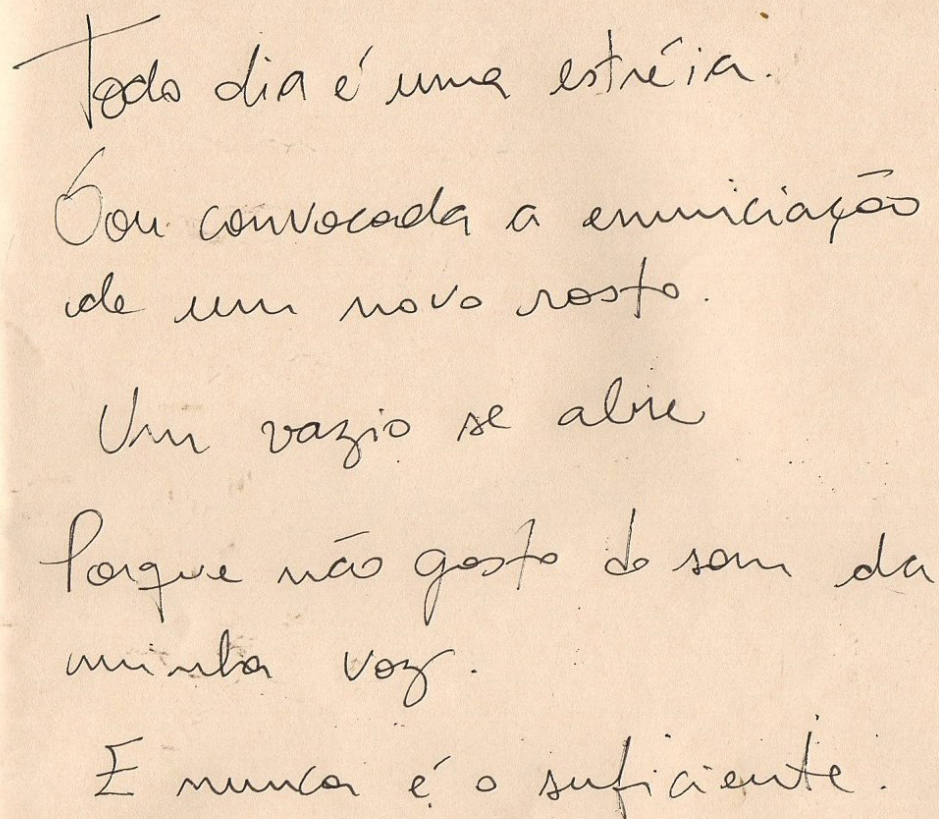
A photograph of a handwritten note on a piece of aged, yellowish paper. The text is written in a cursive, handwritten style. The paper has some texture and a few small spots. The handwriting is dark, possibly black ink. The text is arranged in five lines, with some words connected together. The overall appearance is that of a personal or artistic note.

Figura 11. Registro da artista-apoiadora em bloco de anotações

Colaboradores

O presente artigo é resultado da dissertação de mestrado de Heloísa Germany, defendida em 2015 na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no Programa de Saúde Coletiva, sob orientação de Henrique Caetano Nardi, coorientação de Luciano Bedin da Costa e avaliação de Flávia Liberman Caldas (parecerista externa). No que diz respeito à elaboração do artigo, todos os autores participaram da seleção e revisão do material utilizado, havendo, também, a ampliação de alguns pontos não problematizados na respectiva dissertação.

Referências

1. Barthes R. O óbvio e o obtuso. Trad. Isabel Pascoal. Lisboa: Edições 70; 2009.
2. Cortázar J. A volta ao dia em 80 mundos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2010.
3. Germany H. De um olhar periférico: nublado, embaçado e desfocado [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
4. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Sec. 3, n. 219, p. 204.
5. Barthes R. O prazer do texto. São Paulo: Perspectiva; 2010.
6. Germany H. Há também de se falar de outras formas: arte e apoio institucional na gestão do Projeto Mais Médicos para o Brasil [dissertação]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.

Este ensaio apresenta experiências vivenciadas por uma artista visual integrante da equipe de Apoio Institucional do Ministério da Educação para o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), uma proposta interministerial que aproxima de forma significativa processos de trabalho e formação relacionados à saúde e à educação. Por meio do que Roland Barthes chama de obtuso e por meio de uma metodologia hifográfica, investe-se na leveza e reinvenção de ações no campo da Saúde Coletiva na interface das artes como processos educativos sensíveis experimentados ao longo de dois anos junto com o PMMB. Por meio de pequenos blocos de anotações produzidos individualmente e por um coletivo de apoiadores, delinea-se um processo singular e sensível, contribuindo na discussão sobre o fortalecimento das coletividades, das redes de Atenção Básica, da formação para o Sistema Único de Saúde e da composição de olhares poético-políticos acerca do PMMB.

Palavras-chave: Projeto Mais Médicos para o Brasil. Apoio institucional. Arte. Educação.

From gates to block notes: art and institutional support in the More Doctors for Brazil Project

This essay presents experiences lived by a visual artist belonging to an Education Ministry institutional support team for the More Doctors for Brazil Project (MDBP). This program is an inter-ministry proposal based on combining work processes and professional training in health and education. Using the notion of the obtuse meaning, proposed by Roland Barthes, and hyphographic methodology, we investigate the lightness and reinvention of actions in the field of public health at the interface of art as an educational process experimented with for two years in the MDBP. Writings on little block notes produced individually and collectively by a group of supporters reveal a singular and sensible process that contributes to the discussion of strengthening collectivities, primary care networks, education in the Brazilian National Health System, and construction of political and poetic perspectives on the MDBP.

Keywords: More Doctors for Brazil Project. Institutional support. Art. Education.

De los decretos administrativos a los blocks: arte y apoyo institucional ao Proyecto Más Médicos para Brasil

Este ensayo presenta experiencias vividas por una artista visual integrante del equipo de Apoyo Institucional del Ministerio de Educación para el Proyecto Más Médicos para Brasil (PMMB), una propuesta interministerial que aproxima de forma significativa procesos de trabajo y formación relacionados a la salud y a la educación. Por medio de lo que Roland Barthes llama de obtuso y por medio de una metodología hifográfica, se invierte en la levedad y reinvencción de acciones en el campo de la Salud Colectiva en la interfaz de las artes como procesos educativos sensibles experimentados en el transcurso de dos años juntamente con el PMMB. Por medio de pequeños blocks de notas producidos individualmente y por un colectivo de apoyadores, se delinea un proceso singular y sensible, contribuyendo en la discusión sobre el fortalecimiento de las colectividades, de las redes de Atención Básica, de la formación para el Sistema Brasileño de Salud y de la composición de miradas poético-políticas sobre el PMMB.

Palabras clave: Proyecto Más Médicos para Brasil. Apoyo institucional. Arte. Educación.

Submetido em 01/05/2016. Aprovado em 12/08/2016.



INTERFACE

Superfície de contato, de
tradução, de articulação
entre dois espaços, duas
espécies, duas ordens de
realidade diferentes

Pierre Lévy